



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Facultad de Medicina
Departamento de Medicina
Tesis Doctoral

NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA

Mercedes Bernad Vallés
Salamanca, 2013



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

Facultad de Medicina

Departamento de Medicina

Tesis Doctoral

“Necesidades de Información de los Usuarios de Servicios Sanitarios de Atención Primaria de Salamanca”

Presentada por Dña. Mercedes Bernad Vallés para optar al grado de Doctora por la Universidad de Salamanca 2013.

Dirigida por: Dr. José Ángel Maderuelo Fernández, Dra. Pilar Moreno González y Dra. M^a Cruz Sánchez Gómez.



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

Facultad de Medicina

Departamento de Medicina

El Dr. D. José Ángel Maderuelo Fernández, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, la Dra. Dña. Pilar Moreno González, Profesora Asociada del Departamento de Medicina de La Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca y la Dra. Dña. M^a Cruz Sánchez Gómez, Profesora Titular del Departamento de Didáctica, Organización y Métodos de Investigación de la Facultad de Educación de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral titulada “Necesidades de Información de los Usuarios de Servicios Sanitarios de Atención Primaria de Salamanca”, ha sido realizada bajo su dirección en el Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, por Dña. Mercedes Bernad Vallés y que reúne los requisitos para que su autora pueda optar con ella al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca, por lo que autorizan la presentación y defensa de dicha Tesis Doctoral.

Para que conste, firmamos el presente certificado en Salamanca a treinta de julio de dos mil trece.

Dr. JA. Maderuelo Fernández

Dra. P. Moreno González

Dra. M^a Cruz Sánchez Gómez

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a mis directores haber confiado en mí para la elaboración de esta Tesis Doctoral, gracias a ella he recorrido un camino deseado, desconocido e interesante para mí.

Al Dr. José Ángel Maderuelo Fernández quiero expresarle mi agradecimiento por su paciencia, por su perseverancia, por su guía, por su estímulo en la dirección adecuada, hacia el objetivo marcado.

A la Dra. Pilar Moreno González quiero agradecerle su confianza, su acompañamiento, su empeño y su capacidad de trabajo incansable. Gracias a los dos por su cercanía y por haber despertado en mí la capacidad de autocrítica.

A la Dra. M^a Cruz Sánchez Gómez debo agradecerle facilitarme el aprendizaje con su optimismo.

A Dña. Isabel Velázquez San Francisco quiero expresarle aquí mi agradecimiento por su entusiasta dedicación durante el trabajo de campo.

Gracias a mis amigos y compañeros Lucy, Alberto, Enrique, Leandra, Eduardo, Ana, Auxiliadora, Marina y tantos otros que a lo largo de estos años me han ayudado y me han animado.

A todos los participantes por su asistencia y a mis compañeros de Atención Primaria de Salamanca por su colaboración en la captación de los contactos, sin ellos no hubiera sido posible el desarrollo de esta investigación.

A mi familia, a mis padres, a Manolo por su espera activa, a Manuel por su desafío estimulante y especialmente a Celia por su entusiasmo y confianza, ellos me han transmitido la fuerza y la constancia que he necesitado, también gracias a ellos esta Tesis está hoy aquí.

Gracias también a la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, por su apoyo a esta investigación.

Esta investigación ha sido parcialmente financiada por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León (Proyectos de investigación en Gestión Sanitaria 2007, Referencia: SAN 196/07, resolución Orden SAN/1829/2007) y por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Ayuda para la realización de Tesis Doctoral a través de su Sección de Investigación en su convocatoria del año 2007, resolución en Valladolid el 9/11/2007).

GLOSARIO DE TÉRMINOS

AP	ATENCIÓN PRIMARIA
AE	ATENCIÓN ESPECIALIZADA / HOSPITALARIA
BOE	BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO
CS	CENTRO DE SALUD
CCAA	COMUNIDADES AUTÓNOMAS
EAP	EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
GAP	GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
GAPSA	GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA
HC	HISTORIA CLÍNICA
TIC	TECNOLOGÍAS de la INFORMACIÓN y de la COMUNICACIÓN
SACYL	SALUD CASTILLAY LEÓN
SNS	SISTEMA NACIONAL de SALUD
EA	EVENTO ADVERSO
TSI	TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

ÍNDICE

1. Introducción.....	21
1.1. La Necesidad de información.....	23
1.2. El Derecho a la información sanitaria en la legislación.....	26
1.2.1. Evolución histórica cronológica de la normativa de los derechos de los usuarios del Sistema Sanitario.....	26
1.2.2. Los derechos y los deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de Salud de Castilla y León.....	29
1.3. La información sanitaria y la relación médico paciente.....	32
1.4. La información sanitaria y la seguridad del paciente.....	38
1.5. La información sanitaria y la utilización adecuada de los recursos..	40
1.6. Las necesidades de información de los usuarios en enfermedades y servicios.....	48
1.7. Los profesionales y las necesidades de información de los usuarios.....	50
1.8. La elección de la metodología cualitativa.....	54
1.8.1. La investigación cualitativa en el campo socio sanitario.....	54
1.8.2. La perspectiva cualitativa.....	56
1.8.3. El grupo de discusión.....	57
2. Justificación.....	59
2.1. La información sanitaria y el servicio sanitario de Atención Primaria.....	61
2.2. Situación de la Atención Primaria en Salamanca y reflexión personal.....	63

3. Hipótesis y objetivos.....	67
3.1. Hipótesis.....	69
3.2. Objetivo general.....	69
3.3. Objetivos específicos e interés de los mismos.....	69
3.4. Objetivos operativos.....	70
4. Material y método.....	71
4.1. Diseño.....	73
4.2. Ámbito.....	73
4.3. Población.....	74
4.3.1. Población de referencia del estudio.....	74
4.3.2. Criterios de selección de los participantes en los grupos de discusión.....	74
4.3.3. Muestra Estructural.....	75
4.3.3.1. Variables de interés para el muestreo.....	75
4.3.3.2. Número de grupos focales.....	76
4.4. Identificación y captación de los participantes.....	77
4.4.1. Contacto con los informantes clave.....	77
4.4.2. Contacto con los participantes.....	78
4.5. Desarrollo de los grupos focales.....	79
4.6. Implicaciones éticas y legales.....	81
4.7. Recogida de la información: transcripción.....	82
4.8. Análisis e interpretación de los datos.....	83
4.8.1. Ordenación.....	84
4.8.2. Análisis Inductivo.....	84
4.8.3. Análisis Lógico.....	86
4.9. Análisis de los discursos mediante el programa informático Nudist.....	89
4.10. Criterios de calidad.....	90
4.11. Cronograma.....	91
5. Resultados.....	95
5.1. La composición de los grupos.....	97
5.2. El discurso de los grupos.....	99
5.2.1. Grupos de Asociaciones. Sesiones 1 y 2.....	99

5.2.2. Grupos de Usuarios.....	101
5.2.2.1. Jóvenes estudios superiores. Sesión 3.....	101
5.2.2.2. Jóvenes estudios obligatorios. Sesión 9.....	103
5.2.2.3. Edad media estudios superiores. Sesiones 4 y 10..	105
5.2.2.4. Edad media estudios obligatorios. Sesiones 5 y 8..	109
5.2.2.5. Mayores estudios superiores. Sesión 7.....	112
5.2.2.6. Mayores estudios obligatorios. Sesión 6.....	115
5.3. El discurso por variables estructurales e intencionalidad del mensaje.....	119
5.4. La definición de categorías, su ordenación y la elaboración del mapa conceptual de resultados.....	121
5.5. Los contenidos informativos, su análisis, su distribución y algunos textos representativos.....	124
5.5.1. Necesidades de información sobre salud y enfermedad.....	124
5.5.1.1. Análisis general descriptivo.....	124
5.5.1.2. Salud y prevención.....	132
5.5.1.3. Diagnóstico precoz.....	135
5.5.1.4. Primeros auxilios.....	138
5.5.1.5. Enfermedad.....	139
5.5.2. Necesidad de información sobre el sistema sanitario de Atención Primaria.....	149
5.5.2.1. Análisis general descriptivo.....	149
5.5.2.2. La organización de la atención primaria.....	154
5.5.2.2.1. Necesidades de información sobre servicios disponibles.....	155
5.5.2.2.2. Necesidades de información sobre profesionales.....	158
5.5.2.2.3. Necesidades de información sobre tipos de consultas.....	159
5.5.2.2.4. Necesidades de información sobre otros servicios disponibles.....	160
5.5.2.3. Necesidades de información sobre accesibilidad al sistema sanitario de atención primaria.....	160
5.5.2.3.1. Área administrativa.....	161
5.5.2.3.2. Modos de acceso a los servicios.....	163
5.5.2.3.3. Horarios de servicios disponibles.....	163

5.5.2.3.4. Lugar de atención.....	163
5.5.2.3.5. Citas a consulta.....	164
5.5.2.4. Necesidades de información acerca de otras prestaciones y recursos disponibles.....	166
5.5.2.5. Coordinación de la información.....	166
5.5.2.6. Necesidades de información de otros trámites y papeleos.....	167
5.5.2.6.1. Tarjeta sanitaria.....	169
5.5.2.6.2. Deberes y derechos de los usuarios.....	170
5.5.3. Medios de información.....	174
5.5.3.1. Análisis general descriptivo.....	174
5.5.3.2. Medios de información escritos.....	185
5.5.3.2.1. Las guías.....	186
5.5.3.2.2. Los carteles.....	188
5.5.3.2.3. El directorio.....	189
5.5.3.2.4. Los folletos.....	190
5.5.3.2.5. El correo.....	191
5.5.3.2.6. Otros medios de información escritos.....	192
5.5.3.3. Medios de comunicación.....	193
5.5.3.3.1. Televisión.....	194
5.5.3.3.2. Radio.....	196
5.5.3.3.3. Prensa.....	196
5.5.3.3.4. Teléfono.....	197
5.5.3.3.5. Internet.....	198
5.5.3.4. Reuniones o charlas.....	199
5.5.3.5. Información directa al usuario.....	201
5.5.3.5.1. Información directa en el centro de salud	201
5.5.3.5.2. Información directa por familiares conocidos y amigos.....	203
5.5.3.5.3. Información directa en las asociaciones..	204
5.5.3.5.4. Otras fuentes de información directa.....	204
5.5.3.6. Idoneidad del lugar y de los contenidos informativos en el centro de salud.....	205
5.5.3.7. Idoneidad según la población a la que se dirige la información.....	206

5.5.4. Barreras a la información.....	208
5.5.4.1. Análisis general descriptivo.....	208
5.5.4.2. Barreras dependientes del usuario.....	217
5.5.4.3. Barreras dependientes del sistema sanitario.....	218
5.5.4.3.1. Contenido de la información.....	220
5.5.4.3.2. Forma de la información.....	224
5.5.4.3.3. Trato.....	224
5.5.4.3.4. La accesibilidad a la información.....	227
5.5.4.3.5. Ambiente.....	232
5.5.4.3.6. Tiempo.....	234
5.5.4.3.7. El Ordenador.....	238
6. Discusión.....	241
6.1. Las barreras.....	244
6.1.1 Accesibilidad.....	244
6.1.2 La falta de tiempo.....	249
6.1.3. El trato y el estilo de relación médico paciente.....	252
6.1.4. El contenido de la información.....	255
6.2. Necesidades de información.....	257
6.2.1. Enfermedad.....	257
6.2.2. Prevención y diagnóstico precoz.....	261
6.2.3. Organización servicios sanitarios AP.....	263
6.2.4. Prestaciones y otros recursos, coordinación información....	266
6.2.5. Servicios administrativos trámites y papeleos.....	267
6.3. Medios de información.....	271
6.3.1. Medios de información escritos.....	271
6.3.2. Medios de comunicación.....	274
6.3.3. Información directa.....	282
6.4. Diferencias por intencionalidad, procedencia, sexo, edad y nivel de estudios.....	285
6.5. Propuestas de mejora.....	292
7. Limitaciones del estudio.....	295
7.1 Validez, veracidad y calidad.....	297
7.2 La representatividad de los participantes.....	299

7.3 Diferencias entre la muestra prevista y la obtenida.....	301
7.4 Colectivos no representados.....	301
8. Aplicabilidad de los resultados.....	305
9. Líneas futuras de estudio.....	309
10. Conclusiones.....	313
11. Bibliografía.....	321
12. Anexos.....	365
Anexo I. Recursos en Internet con información sanitaria.....	367
Anexo II. Solicitud de colaboración personal a sanitarios de EAP.....	369
Anexo III. Hoja de recogida de datos de contactos.....	370
Anexo IV. Hoja explicativa para participantes.....	370
Anexo V Consentimiento informado.....	371
Anexo VI Definición de categorías de contenidos.....	373
Anexo VII. Mapa conceptual de contenidos.....	393

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Resumen de derechos y deberes de los pacientes en Castilla y León.

Tabla 2. Decálogo de los pacientes. Declaración de Barcelona 2003.

Tabla 3. Contenido informativo sobre los Servicios Sanitarios facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Tabla 4. Contenidos informativos sobre Salud Pública y Cuidados de Salud facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Tabla 5. Contenido informativo sobre Enfermedades y Tratamientos facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Tabla 6. Contenido informativo sobre Formación y Participación de pacientes facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Tabla 7. Guión de la investigación necesidades de información de los usuarios de AP de Salamanca.

Tabla 8. Composición de grupos de discusión según las variables estructurales.

Tabla 9. Frecuencia de nodos, líneas y párrafos según el contenido informativo.

Tabla 10. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre salud y enfermedad en AP, según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

Tabla 11. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de Información de salud y enfermedad en AP.

Tabla 12. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre salud y enfermedad en AP, según el contenido informativo y las variables estructurales.

Tabla 13. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de Información sobre sistema sanitario de AP según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

Tabla 14. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de Información sobre sistema sanitario de AP según el contenido informativo y las variables estructurales.

Tabla 15. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre la organización de la AP.

Tabla 16. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de información acerca de la accesibilidad en AP.

Tabla 17. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de información acerca de otros trámites y papeleos.

Tabla 18. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre medios de Información en AP según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las subcategorías de medios de información.

Tabla 20. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre medios de información en AP según el contenido informativo y las variables estructurales.

Tabla 21. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las barreras a la información en AP.

Tabla 22. Frecuencia de párrafos relativos a barreras a la información sobre sistema sanitario de AP, según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

Tabla 23. Frecuencia de párrafos relativos a barreras a la información sobre sistema sanitario de AP según el contenido informativo y las variables estructurales.

Tabla 24. Inventario de algunas propuestas de mejora de la investigación.

FIGURAS

Figura 1. Proceso de la información de los grupos de discusión.

Figura 2. Categorías de análisis según las variables estructurales de los grupos de discusión.

Figura 3. Cronograma de la investigación.

Figura 4. Fases del proceso de la investigación.

Figura 5. Diagrama general explicativo de las categorías resultados.

Figura 6. Distribución de frecuencias de los párrafos según las subcategorías salud y enfermedad.

Figura 7. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de salud y prevención.

Figura 8. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de diagnóstico precoz.

Figura 9. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de enfermedad específica.

Figura 10. Distribución de frecuencias de los párrafos según las subcategorías necesidades de información sobre recursos sanitarios.

Figura 11. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de necesidades de información de la organización de la AP.

Figura 12. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías deberes y derechos de los usuarios.

Figura 13. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de medios de información.

Figura 14. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías medios de información escritos.

Figura 15. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías medios de comunicación.

Figura 16. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías barreras a la información.

Figura 17. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías barreras de información dependientes del Sistema Sanitario.

Figura 18. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías del contenido de la información.

Figura 19. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías en el trato.

Figura 20. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de accesibilidad.

Figura 21. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías del tiempo.

INTRODUCCIÓN

1. Introducción.

1.1. La Necesidad de información.

La información es una necesidad humana superior que se incluye en las categorías de entendimiento y comprensión. Como tal necesidad tiene un carácter dinámico, cambiante e insaciable y responde a una carencia, modulada por condicionamientos objetivos y subjetivos, manifestándose a través de reacciones en la conducta con una intencionalidad determinada¹⁻³.

La necesidad de información es un concepto abstracto y complejo ampliamente utilizado para responder a los motivos por los que las personas (o las organizaciones) buscan, demandan, encuentran y usan la información. La existencia de dicha necesidad individual y subjetiva impulsa una reacción de búsqueda expresada en las actividades desarrolladas para encontrarla. No obstante, también es un concepto intersubjetivo influenciado por los significados, las creencias, los valores, las expectativas y los objetivos compartidos por el grupo social, lo que permite identificar y generalizar patrones de comportamiento de búsqueda y de uso de información en el tiempo y en el espacio desde la óptica del grupo. De esta manera, cuando se pregunta al individuo por sus necesidades de información, expresa las que son conscientes, frecuentemente confundidas con sus deseos, mientras que otras latentes permanecen ocultas. Estas necesidades expresadas, frecuentemente

difieren de la percepción que tienen de ellas las personas que tienen que proporcionar la información^{1,4,5}. El interés final de su estudio reside en aproximar las necesidades subjetivas del individuo y las intersubjetivas del grupo, adaptando y mejorando la información disponible y modulando sus expectativas con la realidad.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define información como “la acción y el efecto de informar” y “la comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada”. Además considera la acción de informar como “enterar o dar noticia de algo” e incluye otras acepciones adecuadas a este contexto como son: “formar, perfeccionar a alguien por medio de la instrucción” y, dicho de un cuerpo consultivo, de un funcionario o de cualquier persona perita, “dictaminar en asunto de su respectiva competencia”⁶.

Referida de forma específica al ámbito sanitario, el término información puede adoptar diferentes significados, siendo el más técnico aquel que se define desde una perspectiva epidemiológica como el conjunto de datos que se generan en el sistema sanitario y que aportan resultados acerca de los integrantes del sistema, los objetivos que persigue y las actividades que realiza. Estas definiciones reflejan un concepto eminentemente técnico que involucran fundamentalmente a las administraciones y a los profesionales, pero que no visualiza nítidamente a los ciudadanos. El sistema de información debe ser un elemento clave para hacer frente a los retos derivados no solo de la realidad organizativa sino también de las demandas que plantean los tres grandes actores que integran el sistema sanitario. En primer término los ciudadanos, que cada vez están más y mejor informados y se muestran más exigentes respecto al cuidado de la salud, lo que repercute en una mayor demanda de servicios y un gasto creciente. En segundo lugar los profesionales, cada vez más concienciados con la necesidad de la gestión de los recursos y de la calidad de los servicios prestados. Por último, las administraciones sanitarias que disponen de unos recursos limitados persiguen la eficiencia en la prestación de unos servicios sanitarios de calidad que procuren el mejor nivel

de salud posible, dando respuesta simultáneamente a las expectativas de los ciudadanos, de la sociedad y de los profesionales⁷.

En España, el organismo responsable del sistema de información sanitaria es el Instituto de Información Sanitaria, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que trabaja en coordinación con las Comunidades Autónomas (CCAA). Es responsable de recabar, elaborar y distribuir la información que responde a las necesidades de las autoridades sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de los organismos europeos e internacionales, y también a las necesidades de los profesionales, de los ciudadanos y de las asociaciones del ámbito sanitario. Entre sus funciones destacan las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias de especial interés para el funcionamiento del SNS y que afecten a derechos y deberes de usuarios. También es cauce de la participación de los ciudadanos y de los profesionales, a través del Consejo de Participación Social del SNS, estableciendo una comunicación permanente entre las administraciones públicas sanitarias, los profesionales, las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y empresariales, y los consumidores y usuarios.

La información sanitaria objeto de esta investigación es la que se transmite desde la administración y los profesionales a los usuarios. Sus contenidos comprenden tanto la información de carácter epidemiológico, salud pública, actividades preventivas, como la relativa a la enfermedad o procesos asistenciales específicos, o la referida a la organización y accesibilidad de los servicios, prestaciones, dispositivos asistenciales, etc. Los canales de comunicación son variados, destacando la comunicación que se establece en la consulta. Los usuarios integran esta información con la que ya poseen por sus conocimientos y experiencia previa, y establecen las necesidades en función de sus percepciones y expectativas.

En las últimas décadas, la sociedad ha experimentado una serie de cambios sociales, económicos, tecnológicos y jurídicos que han modificando con rapidez la relación establecida entre el sistema sanitario (administración y profesionales) y los usuarios y en consecuencia la del médico con el paciente en la consulta. El desarrollo del movimiento asociativo de los pacientes, su interés por la aplicación de los avances médicos y la mercantilización de la

salud han jugado un papel esencial en esta nueva relación. De igual manera el notable cambio que se ha producido en las tecnologías de la información y comunicación (TIC), así como la generalización de su uso, ha facilitado el acceso a todo tipo de información tanto a los profesionales sanitarios como a los usuarios modificando las fuentes y los procedimientos de búsqueda de la información. La consecuencia final es que el escenario de la consulta médica en la que se realiza la atención sanitaria ha cambiado, por lo que también ha sido necesaria una revisión y actualización jurídica de las nuevas relaciones que se establecen entre los usuarios, los profesionales sanitarios y la administración que aporte seguridad y equidad a la práctica de la medicina y a la información a los usuarios^{8,9}.

1.2. El Derecho a la información sanitaria en la legislación.

La modificación del papel que juega el paciente en el proceso asistencial, especialmente en la relación que se establece en la consulta con el médico, ha hecho necesaria la definición de un marco legal claro que concilie el desarrollo de los derechos de los ciudadanos y el ejercicio de las profesiones sanitarias. De esta manera el derecho a la información sanitaria de los usuarios ha tenido un importante desarrollo legislativo que se ha complementado con normativa relativa al derecho de la autonomía para la toma de decisiones ante las actuaciones sanitarias.

Los principios básicos que inspiran esta normativa son la humanización de la asistencia, la atención individualizada y personalizada, la confidencialidad e intimidad de la información sanitaria y de los datos personales. Prestando especial atención a la necesidad de la comprensión de la información y al trato adecuado al paciente en el proceso de la información.

1.2.1. Evolución histórica cronológica de la normativa relativa a derechos de los usuarios del Sistema Sanitario.

La apertura del debate sobre los derechos de los pacientes a nivel internacional y europeo se sitúa en varias declaraciones internacionales y

normas jurídicas de la Unión Europea, el Consejo de Europa, la UNESCO, la OMS y las Naciones Unidas, entre las que destaca la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948¹⁰.

En la historia reciente de España la Constitución de 1978 recoge el derecho a la protección de la salud¹¹. Posteriormente, en la Ley General de Sanidad de 1986¹², se desarrollan los derechos de los usuarios relativos a la información clínica y a la autonomía individual destacando la voluntad de humanización, el respeto a la dignidad de la persona, a la libertad individual y a la confidencialidad.

En 1994 la Oficina Regional para Europa de la OMS realiza una Declaración en la que establece directrices comunes en relación al derecho a la información, la intimidad y el consentimiento informado como orientación para los estados miembros¹³.

La Directiva Comunitaria 95/46 del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea, relativa a la Protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a su libre circulación, reafirma la defensa de los derechos y las libertades de los ciudadanos europeos, en especial la confidencialidad de la información relacionada con su salud¹⁴.

En esta línea el Consejo de Europa, en su recomendación de 13 de febrero de 1997 relativa a la Protección de los datos médicos, indica que la información clínica debe recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, aunque pudiera restringirse por razones de interés general o legal¹⁵.

Ese mismo año, el Consejo de Europa establece un marco común en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano, respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 1997 (Convenio de Oviedo)¹⁶. En él se expresa la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes a la información, a la autonomía y a la intimidad, regula el consentimiento informado y las instrucciones previas.

Posteriormente la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal califica los datos relativos a la salud como especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión¹⁷.

Este desarrollo legislativo ha matizado y ampliado el espectro de aplicación de los derechos y obligaciones de los ciudadanos, los profesionales sanitarios y las instituciones sanitarias en materia de información sanitaria. Sin embargo era necesaria una revisión que actualizara y ordenara la responsabilidad de los diferentes grupos de interés y fortaleciera el derecho constitucional a la protección de la salud con las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado. El resultado es la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica¹⁸. Esta norma renueva y regula importantes derechos sobre la información sanitaria (asistencial, servicios y epidemiológica), el derecho a la intimidad, el respeto de la autonomía del paciente y a la documentación clínica.

Concluida la transferencia de competencias en sanidad a todas las CCAA se reguló el modelo de financiación en la ley 21/2001 de Medidas Fiscales y se publica la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁹, reservándose el Estado competencias de organización, coordinación, calidad y el sistema de información sanitaria²⁰.

En Castilla y León se complementa con la Ley 8/2003 sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud. En ella se amplían y desarrollan los contenidos del derecho a la información sanitaria, los derechos de confidencialidad, de autonomía y de participación, así como los deberes de los usuarios de los servicios de salud²¹.

Esta normativa ha completado su desarrollo reglamentario con el Decreto 40/2003 que regula las Guías de Información al Usuario y los Procedimientos de Reclamación y Sugerencia en el ámbito sanitario. En él se concretan las características principales y los contenidos de las Guías de Información al Usuario y se regulan los procedimientos para su participación en el sistema a través de las reclamaciones y las sugerencias, proponiendo la utilización de sus resultados en los procesos de mejora de la calidad de los centros²².

Por último, la Orden SBS/1325/2003 publica las Cartas de Derechos y Deberes de las Guías de Información al Usuario, establece los contenidos y

enumera el catálogo de los derechos y los deberes de los usuarios de los servicios de salud en Castilla y León^{23,24}.

Esta normativa establece un marco legal claro en relación a los derechos de los usuarios y las obligaciones que esto supone en los profesionales e instituciones sanitarias, favoreciendo el ejercicio de las profesiones sanitarias y el derecho sanitario.

1.2.2. Los derechos y los deberes de los usuarios del Servicio de Salud de Castilla y León.

La legislación actual sobre los derechos y los deberes de los usuarios del Servicio de Salud de Castilla y León refleja el resultado de la interacción entre los avances de la ciencia y la tecnología unido a los cambios operados en la sociedad y en el concepto de enfermedad. En la Tabla 1 se expone una síntesis de los derechos y deberes de los pacientes en la Comunidad de Castilla y León.

Los derechos que contemplan aspectos relacionados con la información del usuario se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- Derechos relativos a la intimidad y confidencialidad. Se refieren a la obligatoriedad de proteger los datos de los pacientes (tanto a los datos personales como a los relativos a la enfermedad y sus excepciones), a evitar el acceso no autorizado a los mismos, a guardar el debido secreto y a no revelar el contenido de los mismos sin su consentimiento.
- Derecho a la información asistencial y a la autonomía de la decisión. Su objetivo es garantizar que el paciente disponga de información continuada, veraz, razonable y suficiente sobre su proceso (diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento) de forma que le permita tomar sus propias decisiones, incluyendo el riesgo y la finalidad de la realización o no de las intervenciones. Señala la importancia de que la información sea facilitada con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y elegir libremente tras el diálogo con el profesional sanitario y poder ejercer el derecho de autonomía sobre las decisiones de salud y la prestación del consentimiento informado.

- Derecho a la información epidemiológica. Incluye los programas y las acciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, así como los problemas sanitarios de la colectividad, los peligros del medio ambiente, los alimentos y el agua de consumo.

- Derecho a la Información sanitaria. Comprende la información de los servicios sanitarios, las unidades asistenciales disponibles y los requisitos de acceso, así como el coste económico de las prestaciones y los servicios recibidos.

- Derecho a presentar reclamaciones y sugerencias. Este es un cauce fundamental para la participación del ciudadano en el Sistema Sanitario. Su objetivo es la defensa de los derechos e incorporar las conclusiones de su análisis en planes de mejora.

Los deberes de los usuarios explicitan sus obligaciones con el sistema sanitario y persiguen el buen uso de los servicios, las instalaciones y las prestaciones, favoreciendo el clima de confianza mutua y respeto de los derechos de los otros usuarios y del personal del servicio sanitario. Se concretan en la responsabilidad sobre la propia salud respetando las prescripciones y las medidas sanitarias generales de prevención de riesgos, así como sobre la salud pública. Se completan con la lealtad y la veracidad en la aportación de datos, la obligación de firmar el consentimiento informado y el alta voluntaria.

Tabla 1. Resumen de derechos y deberes de los pacientes en Castilla y León.

<p>Derechos como paciente relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none">- La intimidad y confidencialidad de los datos.- La información asistencial.- La información sanitaria y epidemiológica.- Presentar reclamaciones y sugerencias.- Participar en las actuaciones de Sistema de Salud.- La autonomía de las decisiones sobre la salud.- Las prestaciones sanitarias (segunda opinión, habitación individual, prestación de servicios dentro de plazos, libre elección médico AP y AE).- La documentación sanitaria (historia clínica, informe de alta y certificado del estado de salud). <p>Deberes como paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Responsabilizarse de su propia salud de una forma activa.- Asumir sus decisiones, dejar constancia por escrito y firmar el alta voluntaria.- Respetar las prescripciones generales sanitaria comunes a toda la población.- Respetar las medidas de prevención de riesgos, protección de la salud y de lucha contra las amenazas a la salud pública.- Usar correctamente las instalaciones y servicios sanitarios.- Respeto debido al personal y a los otros pacientes.- Facilitar los datos sobre su estado físico y su salud de manera leal y verdadera.

Fuente: Mis derechos y deberes como paciente de la Junta de Castilla y León^{23,24}.

Como se puede apreciar, la legislación sobre información sanitaria en España, es avanzada, amplia y detallada. Plantea nuevos retos al SNS como la potenciación del papel de los usuarios en las decisiones, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, la orientación a los resultados en salud, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención socio sanitaria. Para lograrlo, dispone del necesario funcionamiento cohesionado entre el Estado y las CCAA, para que puedan complementar elementos esenciales del SNS, y adaptarse a la modernización que exige el entorno. El desarrollo legislativo pormenorizado permite, con su aplicación, que

la actividad asistencial se realice con garantías de seguridad para el paciente, la administración y los profesionales. Se ofrece así a los usuarios los derechos que demandan los cambios de la evolución social²⁵⁻³¹. La legislación de Castilla y León avanza más en el desarrollo de los derechos estableciendo un sanitario responsable de la información a los pacientes y el derecho a la segunda opinión.

1.3. La información sanitaria y la relación médico paciente.

En los últimos años los tres grupos involucrados en el proceso de comunicación de la información sanitaria (usuario, administración y profesionales) han desarrollado diferentes iniciativas para adaptarse a esta nueva situación social y legal que ha modificado la relación entre ellos; todo con la finalidad de conseguir una atención sanitaria más segura y de mayor calidad³²⁻³⁴.

En todo este proceso subyace un cambio social sin precedentes que contempla la asistencia sanitaria desde un punto de vista mercantil, con patrones de consumismo. Así se considera que la salud y la atención a la enfermedad son un bien de consumo y un derecho que es gestionado activamente por la persona en el marco de los derechos y las obligaciones de los usuarios y de los profesionales³⁵. De esta manera, el principal objetivo de la información sanitaria adecuada a los usuarios es proporcionarles la herramienta necesaria para ejercer su derecho a la elección y a la capacidad de decisión con autonomía ante las actuaciones sanitarias. Ahora bien, los cambios normativos no se llevan a la práctica inmediatamente pues las modificaciones necesitan un proceso de sensibilización, análisis y adaptación que ha generado un amplio debate y discusión tanto entre los sanitarios como en los foros de pacientes y usuarios³⁶⁻³⁸. Entre sus consecuencias se señala el estado actual de conflictividad del ejercicio de la medicina³⁹⁻⁴¹.

Los avances tecnológicos que más han influido en la relación médico paciente se han producido en dos campos: la tecnología médica y la tecnología de la información. En los últimos 30 años la tecnología médica ha desarrollado habilidades capaces de influir y modificar el inicio y el final de la vida,

circunstancia que desencadenó el inicio de la movilización de los pacientes^{41,42} y conflictos éticos con intenso debate en la profesión. El acceso a la información sanitaria a través de los medios de información tradicionales (libros, revistas, prensa, radio, televisión) ha sufrido un gran cambio cualitativo y cuantitativo con el desarrollo y la generalización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC). Su magnitud se ha comparado con el impacto de la máquina de vapor en el inicio de la revolución industrial, situándose como uno de los avances más importante de los últimos 150 años. Esta tecnología ha modificado el efecto de los avances en la ciencia médica, en el tiempo y en el espacio, acercando al instante la información que se produce en lugares lejanos. El acceso rápido e indiscriminado a todo tipo de información ha transformado la relación entre los usuarios y los médicos, modificando el escenario en el que se realiza la atención. Antes la información en materia de salud solamente estaba en manos de los profesionales sanitarios, mientras que en la actualidad la información también esta disponible para los usuarios que acuden a la consulta. Internet se ha convertido en una de las principales fuentes de información sanitaria. Algunas encuestas señalan que es la segunda fuente más consultada por los pacientes para informarse sobre salud (85%), casi al nivel de los médicos (88%) y muy por encima del resto de recursos tradicionales con millones de usuarios en Europa buscando información sanitaria en Internet⁴³.

En este contexto, el modelo de relación médico-paciente tradicional, vertical y asimétrico con predominio del médico que decidía lo que consideraba mejor para el paciente pero sin contar con él, ha quedado obsoleto, precisando en la actualidad transformarse en una relación más compleja, centrada en el paciente, siguiendo un modelo de colaboración, deliberación y consenso^{8,44-46}. A pesar de todo, ambos coinciden en señalar que este nuevo modelo de relación, continúa precisando de los ingredientes básicos tradicionales como son la confianza, el respeto, la comunicación, el diálogo y la negociación. Esta nueva situación necesita una adaptación que implica cambios para todas las partes implicadas.

La consecuencia de estas modificaciones sociales y la movilización ó “rebelión de los pacientes”^{35,47} ha sido la mayor modificación de la relación

médico paciente de la historia. Evolución que se refleja en las expresiones que las definen iniciándose con la solicitud de ser escuchado, el derecho a la información, la decisión compartida, el paciente experto, el cliente competente y por último el cliente consecuente.

Los usuarios muestran cada vez más interés por el acceso a la información, solicitando además que en el desarrollo del proceso asistencial se tenga en cuenta la opinión, las preferencias, las sugerencias, los deseos y las expectativas del paciente⁴⁸⁻⁵¹. Esta demanda de “ser escuchado” coincide con el origen del movimiento asociativo de los pacientes situado clásicamente en 1969, cuando las organizaciones de consumidores solicitan que se contemplen sus deseos y opiniones en relación con los cuidados de salud en el reglamento de la Asociación Americana de Hospitales⁴¹. Desde entonces ha recorrido un largo camino. En España existen numerosas asociaciones, tanto de pacientes o de familiares de pacientes, como de enfermedades, muchas de ellas agrupadas en el Foro Español de Pacientes, que se configura por el número de afiliados en una de las mayores asociaciones civiles del país. La importancia que estas organizaciones otorgan al derecho a la información de los ciudadanos queda reflejada en las conclusiones del I Congreso Español de Pacientes, celebrado en Barcelona en 2003 y promovido por el Foro Español de Pacientes⁵²⁻⁵⁶. (Tabla 2).

Tabla 2. Decálogo de los pacientes. Declaración de Barcelona 2003.

1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes.
2. Decisiones centradas en el paciente.
3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
4. Relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua.
5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.
6. Participación de las pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
7. Democratización formal en las decisiones sanitarias.
8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.
9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos.
10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

Fuente: Conclusiones del I Congreso Español de Pacientes⁵⁵.

La adecuada atención clínica a un paciente por un problema de salud precisa de una comunicación fluida durante la entrevista clínica. El profesional precisa obtener información para realizar una aproximación diagnóstica y una propuesta terapéutica, que debe ser capaz de transmitir al paciente de forma comprensible para que este pueda ejercer su derecho de autonomía, es decir, intervenir y decidir en todo lo relacionado con su salud.

El cambio que todos los profesionales sanitarios tienen que realizar en esta nueva relación es muy complejo especialmente para el médico de familia. En esta relación ya no es suficiente realizar una atención adecuada con calidad científico técnica, con una visión integral como persona e individual con sus características concretas culturales, sociales, familiares y económicas, sino que además necesita poseer habilidades de comunicación y de valoración de la competencia del paciente para las decisiones en salud^{35,37,39,57-60}. Para todo ello debe disponer de más tiempo para la consulta y de gran cantidad de información científicamente contrastada, variada y actualizada^{61,62}. Conscientes de su importancia los profesionales han desplegado diferentes estrategias para perfeccionar dicha comunicación. De esta manera han proliferado actividades de formación continuada sobre habilidades de comunicación que también se

han incorporado al programa curricular de las especialidades sanitarias. La formación en estas habilidades precisa de entrenamiento y supervisión para que su aplicación en la entrevista clínica de la consulta sea realmente efectiva. También se han desarrollado protocolos de información específicos para situaciones concretas como el consentimiento informado verbal y escrito⁶³.

La comunicación eficaz va más allá de la mera transmisión de información y precisa contemplar tanto los aspectos verbales como los no verbales, Hay que saber observar, escuchar y dialogar. Llegar a comprender y empatizar con el paciente incluye un trato amable, personalizado y respetuoso con su punto de vista. Abrirle la oportunidad de participar en la toma de decisiones implica mostrarles las diferentes opciones y las consecuencias de sus decisiones, dándoles tiempo para decidir e incluso para cambiar de opinión. Tomar decisiones en la incertidumbre es complejo y ayudar a tomarlas también ya que sólo la intuición no basta. Por ello, se recomienda la formación técnica y la utilización de herramientas que ayuden en el proceso, excluyendo las emociones y los sentimientos, que en ocasiones determinan las elecciones de los pacientes⁶⁴⁻⁶⁸. La valoración de la competencia del paciente se impone cuando las preferencias y decisiones que toma contradicen lo racional. En esa situación el médico debe comprobar que el paciente comprende y asume las consecuencias y los riesgos de su decisión y constatar una conducta coherente que coincida con su elección, para respetarla después^{64,65}.

Además, la relación médico paciente es dinámica y cambiante y está condicionada por sus comportamientos y por las circunstancias que la rodean como el ambiente, la condición física o el tipo de enfermedad. En definitiva, la complejidad para determinar el tipo de relación se inicia casi desde cero en cada consulta y ante un nuevo proceso debe replantearse el posicionamiento del paciente que puede cambiar el estilo de la relación. Investigar este posicionamiento es otra labor importante del profesional. Precisa preguntarse cuáles son las necesidades, los deseos y las expectativas en esta ocasión. Una vez determinadas, es necesario valorar si son adecuadas y si se ajustan a las posibilidades reales del sistema, y en caso contrario se impone reconducirlas y corregirlas con empatía, siendo esta una tarea ingrata que con frecuencia deteriora la relación médico paciente. Las expectativas inadecuadas, fuera de

lugar, pueden estar motivadas por desconocimiento del sistema o por haber sido inducidas por informaciones equivocadas y/o interesadas^{35,69-72}. Cuando las expectativas son adecuadas, pertinentes y se ajustan a las posibilidades, se impone disponer los medios necesarios para alcanzarlas. Aproximando las expectativas a los resultados nos acercamos a conseguir el reconocimiento de la calidad y el aumento de la satisfacción del usuario⁷³⁻⁷⁶.

Este paciente informado se convierte en paciente “experto” capaz de desempeñar un papel activo en la conversación con el médico y de elegir ante las opciones que se le presentan^{46,77-87}, causa rechazo en algunos profesionales por interpretar que compite con su posición de experto. En realidad, se trata de un paciente experto en su salud y en su enfermedad, activo y responsable, que tiene motivación, conocimiento, habilidades y confianza para hacerlo. Sería el interlocutor ideal para un modelo de relación deliberativo, acorde con la progresiva potenciación del papel de los pacientes⁸. De acuerdo con la nueva situación el paciente debe responsabilizarse de su cuidado de salud. Su percepción acerca del éxito de las medidas propuestas define la autoeficacia, cuya influencia sobre el resultado obtenido es cada vez más valorada.

El paciente competente tiene que modificar su posición ejerciendo su responsabilidad con la información recibida, eligiendo, siendo consecuente y mostrando un compromiso nítido con el cuidado de su salud, requisitos imprescindibles para el éxito terapéutico³⁸. En este sentido se espera de ellos que incorporen hábitos saludables (alimentación adecuada, el ejercicio físico y evitar las adicciones) y que participen en actividades preventivas (vacunaciones, exámenes de salud) que previenen con eficacia numerosas enfermedades y accidentes. Todos estos factores han influido en la mejoría y en el mantenimiento de la salud tanto de la colectividad como a nivel individual. Para conseguirlo es preciso mantener el despliegue informativo realizado para estas intervenciones que suscitará el interés de los usuarios por participar en ellas ejerciendo su responsabilidad y autonomía. Por último su interés por la información epidemiológica sobre los problemas de salud pública que afectan a la comunidad mantendrá medidas generales como el saneamiento de las

aguas, el control de los alimentos y la mejora en las condiciones de vida cuyos logros en la mejora de la salud de la población son incuestionables.

1.4. La información sanitaria y la seguridad del paciente.

La seguridad de la atención sanitaria interesa a los tres actores involucrados en la comunicación. Como se ha comentado anteriormente, diferentes estudios muestran que la información sanitaria se relaciona con una atención más segura y en consecuencia con un mayor nivel de calidad⁸⁹⁻⁹¹.

La administración sanitaria como responsable de la planificación de los recursos ha desarrollado activamente intervenciones para promover la atención segura, definida como la ausencia, prevención o reducción del daño (accidentes, lesiones o complicaciones) producido como consecuencia de la atención a la salud recibida⁹²⁻⁹⁵.

Desde que en 1999 se advirtiera de la magnitud e importancia de la seguridad en la publicación "Errar es humano"⁹⁶ diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias que permitan prevenir y reducir los efectos adversos evitables en la práctica clínica^{90,97-100}. Un elemento transcendental que se señala en todas las políticas y acciones para aumentar la seguridad es la mejora de la información y comunicación que se establece con el paciente, siendo importante el conocimiento de sus deseos y preferencias, ya que van a determinar la adherencia a las recomendaciones y prescripciones de los profesionales sanitarios^{97,101}.

En España el Plan de Calidad para el SNS contempla entre las grandes áreas de interés sanitario el fomento de la excelencia clínica centrada en los usuarios y en sus necesidades⁹². Entre sus áreas estratégicas de actuación figura la mejora de la seguridad en su atención. Así se desarrolla la seguridad con una triple visión: promover las buenas prácticas entre los profesionales, los centros seguros y cambiar la percepción de la seguridad en el SNS y en la sociedad. Este Plan, que ha conseguido el apoyo de las CCAA, los profesionales y los pacientes^{93-95,102-103}, ha propiciado la realización de los estudios ENEAS y APEAS que han cuantificado la importancia de la seguridad en España y ha creado la red ciudadana de formadores en seguridad en el

paciente que dispone de un aula virtual con recursos de formación e información¹⁰⁴⁻¹⁰⁷. Entre sus medidas concretas con interés en AP destacan el impulso de la higiene de manos, la importancia de la identificación de los pacientes y el uso seguro de medicamentos^{104,108,109}. Para ello señalan el valor de la información y la comunicación con los usuarios con el objetivo final de involucrar a todos los participantes para conseguir una atención sanitaria más segura^{89,93,103}.

El estudio APEAS, realizado en atención primaria, estima una prevalencia de eventos adversos (EA) de un 11,2‰ de las visitas. Dado el elevado número de consultas que se producen en atención primaria, casi 300 millones al año, se estima que 7 de cada 100 pacientes podrían verse afectados al año, pudiendo evitarse en muchos casos¹⁰⁶. Los resultados de este estudio indican que los fallos en la comunicación son la tercera causa de aparición de EA, y están presentes en el 24,6% de los casos registrados. De forma específica el 15% se atribuyen a deficiencias en la comunicación entre el paciente y el médico, y el 4,9% a la que establece éste con enfermería. Otras dificultades se producen por fallos en la comunicación entre profesionales (AP o AP y AE) y por barreras idiomáticas o culturales. La peor evolución de la enfermedad y el uso incorrecto de la medicación son los EA más frecuentes y cuyas consecuencias, en general más graves, son más fácilmente evitables.

Otras iniciativas proponen a los pacientes preparar la consulta con instrucciones prácticas para aportar y obtener toda la información necesaria, con el fin de optimizar el tiempo disponible y de establecer un equilibrio en la comunicación con el profesional consiguiendo así una atención más segura y de mayor calidad¹¹⁰⁻¹¹².

En definitiva, buscar una atención segura y de calidad es una necesidad para los sistemas sanitarios, los profesionales de la salud y los pacientes. En AP la mejora en la información durante el proceso de la comunicación en la consulta es un componente esencial de la relación médico paciente que aumenta la satisfacción y la seguridad, reduciendo en consecuencia los costes sanitarios^{93,95,113}.

1.5. La información sanitaria y la utilización adecuada de los recursos.

Los profesionales sanitarios de los servicios de salud son, en general, los elementos de referencia para los usuarios a la hora de solicitar y obtener información, actúan como proveedores ocupando un lugar estratégico en contacto regular y directo con los usuarios y establecen vínculos que facilitan éste intercambio de información. De hecho, esta comunicación constituye el pilar fundamental en la relación médico-paciente y en el acceso a las prestaciones del servicio de salud.

Por otra parte cada vez es mayor el número de pacientes que expresan su voluntad por implicarse de forma activa en la toma de decisiones acerca de las opciones diagnósticas y terapéuticas que les conciernen. Estos ciudadanos que han tomado conciencia y responsabilidad de su propia salud participan en el proceso asistencial ejerciendo su autonomía. Ésta actitud ha favorecido el desarrollo de asociaciones de usuarios con interés en el ámbito sanitario cuyo protagonismo es cada vez mayor. Opinan que la información al usuario permitirá optimizar los resultados en salud con el uso de los recursos limitados disponibles. Así unos usuarios más informados, educados, consecuentes y comprometidos al comprender mejor la necesidad de los cuidados y la importancia de sus hábitos seguirá mejor las recomendaciones preventivas para el cuidado de su salud y colaborarán de forma activa en todas las indicaciones terapéuticas para sus enfermedades. Con ello se conseguirá mayor adherencia a las indicaciones con menor inversión de tiempo y en definitiva mejores resultados de salud con menor coste colaborando así a la sostenibilidad del sistema sanitario^{88,114}.

Además, el usuario también demanda información sobre los servicios sanitarios, su organización, accesibilidad, cartera de servicios y las características de los mismos. Los usuarios que están informados de la variedad de la oferta de servicios, los requisitos para su acceso y el modo de uso, posiblemente utilizarán los recursos del sistema sanitario de manera más adecuada, eficiente y racional. Por el contrario, sin la información apropiada, es más probable que se haga una utilización inadecuada del sistema sanitario, potenciando las conductas que persiguen una respuesta inmediata a un problema puntual, como es la utilización poco selectiva de los servicios de

urgencias. De esta manera la falta de información y la accesibilidad sin restricciones puede provocar excesos en la utilización de los servicios y en el consumo de productos relacionados con la salud¹¹⁵⁻¹¹⁷.

Las asociaciones de pacientes esperan convertirse en agentes de política sanitaria²⁶ y colaborar en proyectos de desarrollo y planificación, situándose como intermediarias en la relación que se establece entre los ciudadanos y la administración sanitaria, o entre los pacientes y los profesionales⁸.

La administración sanitaria es responsable de la planificación de los recursos y de los medios disponibles para conseguir una atención sanitaria que dé respuesta a los derechos y las necesidades de información de los usuarios y que promueva la utilización responsable de los recursos^{38,118-120}.

Tradicionalmente las administraciones sanitarias han respondido a este compromiso de informar a los ciudadanos mediante diversos canales de comunicación, tales como cartas, folletos, carteles, mensajes en prensa escrita, anuncios en radio y televisión, información telefónica, puntos de información, etc. A través de estos medios se ha proporcionado información sobre actividades preventivas y estilos de vida saludables, recomendaciones de actuación en enfermedades concretas, oferta de servicios y recursos, etc.

Después de la popularización de las TIC y la generalización de su uso, se han desarrollado diferentes aplicaciones y funcionalidades que utilizan internet o las redes de telefonía móvil como medio de comunicación¹²¹. En nuestro contexto, el Plan de Calidad para el SNS en su estrategia 11 promueve la utilización de las tecnologías de la información. Tanto el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como los diferentes Servicios de Salud de las CCAA, algunas Gerencias e incluso los CS disponen de páginas web con información dirigida específicamente al usuario. Estas páginas disponen de secciones cuyos contenidos abarcan la información asistencial, epidemiológica y de servicios sanitarios. La información epidemiológica incluye información general sobre actividades preventivas, hábitos saludables, campañas, donación de órganos, voluntariado, niveles de polen, etc. La asistencial resuelve dudas, facilita formación sobre enfermedades¹²², enlaces con asociaciones y otras páginas con posibilidades casi ilimitadas, también informan sobre

características de medicamentos y farmacias. Los contenidos de recursos disponibles incluyen teléfonos y direcciones de contacto con los diferentes centros de atención ordinaria, de urgencias y emergencias; su cartera de servicios, las listas de espera, la forma de acceso, algunos incluso informa sobre los indicadores de satisfacción de los usuarios¹²³. Estas páginas también incluyen servicios en línea que permiten interactuar con el sistema solicitando una cita para consulta, modificando datos personales, ejerciendo la libre elección de médico, la solicitud de la tarjeta sanitaria o la información para la atención sanitaria en el extranjero. Mención aparte merece el despliegue informativo que se realiza en relación a los derechos y deberes de los usuarios así como la posibilidad de contactar con el servicio de salud realizando sugerencias y reclamaciones¹²³⁻¹²⁵.

La revisión de la amplia información sanitaria ofrecida a los usuarios por las CCAA en Internet (Anexo I) muestra algunas variaciones según la autonomía y el contenido informativo. Algunas centralizan en la página de las Consejerías de Salud la información de Salud Pública, mientras otras localizan toda la información en las páginas de los Servicios de Salud ó de los Centros Sanitarios¹²⁶. Así salvo los enlaces de la Melilla y Valencia, en el resto de las autonomías se muestra información asistencial sobre enfermedades crónicas de alta prevalencia: cáncer, enfermedades agudas y tratamientos; en las diecisiete autonomías se información sobre servicios sanitarios como cita previa, tarjeta sanitaria, organización sanitaria e instrucciones previas; sobre salud pública y cuidados de salud como alimentación, tóxicos, ejercicio, vacunaciones y campañas sanitarias. Otros contenidos informativos que se ofrecen en la mayoría de las autonomías se refieren a los derechos y deberes, las quejas y sugerencias, el cambio de médico, listas de espera para consultas y pruebas complementarias, las donaciones de sangre y de órganos, la interrupción voluntaria del embarazo, etc. (Tabla 3, Tabla 4 y Tabla 5). El servicio de información telefónica 24 horas se ofrece en siete CCAA y se observa que algunas Comunidades también publican memorias de actividad en las que facilitan información sobre algunos resultados del servicio de salud e incluso sobre satisfacción de los usuarios con cada centro.

Tabla 3. Contenido informativo sobre los Servicios Sanitarios facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Contenidos Informativos										
CCAA	Cita previa	Trámite tarjeta	Listas espera	Cartera Servicios	Organización sanitaria	Urgencias /Emergencias	Instrucciones Previas	Resultados Servicio	Derechos y deberes	Quejas y sugerencias
Galicia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Asturias	X	X	X	X	X	X	X			
Cantabria	X	X	X	X	X	X	X		X	X
País Vasco	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Navarra	X	X	X	X	X	X	X		X	
La Rioja	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Castilla y León	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Aragón	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cataluña	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Islas Baleares	X	X		X	X	X	X	X		X
Madrid	X	X	X	X	X	X	x	X	X	X
Extremadura	X	X			X		X		X	X
Castilla la Mancha	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valencia	X	X		X	X	X	X		X	
Murcia	X	X	X	X	X		X		X	X
Andalucía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Islas Canarias	X	X	X	X	X	X	X		X	X

Fuente: portales de salud de las Comunidades Autónomas (Anexo I).

Tabla 4. Contenidos informativos sobre Salud Pública y Cuidados de Salud facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Contenidos Informativos								
CCAA	Alimentación	Tóxicos	Ejercicio	Vacunaciones	Campañas	IVE	Accidentes	Donaciones
Galicia	X	X	X	X	X	X	X	X
Asturias	X	X	X	X	X	X	X	X
Cantabria	X	X	X	X	X	X		
País Vasco	X	X	X	X		X		X
Navarra	X	X	X	X	X			
La Rioja	X	X	X	X	X		X	X
Castilla y León	X	X	X	X	X	X	X	X
Aragón	X	X	X	X	X	X		X
Cataluña	X	X	X	X	X		X	X
Islas Baleares	X	X	X	X	X	X	X	
Madrid	X	X	X	X	X	X	X	X
Extremadura	X	X	X	X	X			
Castilla la Mancha		X		X	X	X		
Valencia	X	X	X	X	X	X	X	X
Murcia	X	X	X	X	X			X
Andalucía	X	X	X	X	X		X	X
Islas Canarias	X	X	X	X	X		X	X
Ceuta								
Melilla		X						

IVE: interrupción voluntaria embarazo.

Fuente: portales de salud de las Comunidades Autónomas (Anexo I).

Tabla 5. Contenido informativo sobre Enfermedades y Tratamientos facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Contenido Informativo							
CCAA	Crónicas alta prevalencia	Raras	Cáncer	Agudas	Tratamientos	Transmisibles	Servicio telefónico 24 horas información
Galicia	X	X	X	X	X	X	X
Asturias	X	X	X	X	X	X	
Cantabria	X	X	X	X	X	X	
País Vasco	X	X	X	X	X	X	X
Navarra	X	X	X	X	X	X	
La Rioja	X		X	X	X	X	
Castilla y León	X	X	X	X	X	X	
Aragón	X		X	X	X		X
Cataluña	X	X	X	X	X	X	X
Islas Baleares	X	X	X	X	X	X	
Madrid	X	X	X	X	X	X	X
Extremadura	X		X	X	X		
Castilla la Mancha	X	X	X	X	X		X
Valencia							
Murcia			X				
Andalucía	X	X	X	X	X		X
Islas Canarias	X		X	X	X	X	
Ceuta			X	X	X		
Melilla							

Fuente: portales de salud de las Comunidades Autónomas (Anexo I).

Tabla 6. Contenido informativo sobre Formación y Participación de pacientes facilitados en los portales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

CCAA	Formación para pacientes	Participación de pacientes
Galicia	Escuela Gallega de salud para ciudadanos	Foro "el experto responde"
Cantabria	INFOPACIENTES	
País Vasco	Programa Kronikoen	Correo pacientes
Navarra	Cuídate Revista on line: envejecer con salud	
La Rioja	Informa al ingreso sobre derechos	HC digital
Castilla y León	Aula de Pacientes Manual de acogida ingresado HCU Salamanca	
Aragón	Salud informa página para pacientes Información para cuidadores Ir al médico: instrucciones antes ir a consulta	Traducción telefónica Lenguaje de signos
Cataluña	Primeros auxilios Fundación TIC y Salud	Recursos Lingüísticos Blogs Forumclinic
Islas Baleares	Historia salud ciudadano	Portal de Paciente Tarjeta inteligente Asistente virtual
Madrid		Teletraducción
Extremadura	Servicio mensajes a usuarios Red Biblioteca salud para ciudadanos. Enlace a GUIA SALUD	Registro desfibriladores FUNDESALUD
Castilla la Mancha	Enlaces a Biblioteca Cochrane Plus MedlinePlus®. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos CDC	Interpretación telefónica Traductor automático
Valencia		HC en el móvil Banco de leche materna
Murcia		Voluntariado
Andalucía	Escuela de pacientes ONCOCONOCIMIENTO Guías de información para pacientes Manual de información a pacientes	Foro de debate Ley de Salud Blogs pacientes Foros Voluntariado Mensajes polen a pacientes Programas CORAZON Y AIRE acceso a datos pacientes desde emergencias. Mundo estrellas hospital para los niños Examen de salud para mayores
Islas Canarias		HC electrónica Plan de Salud en Carnaval Paciente polimedcado

Fuente: portales de salud de las Comunidades Autónomas (Anexo I).

Además cada autonomía presenta peculiaridades en la forma de presentar los contenidos informativos, la formación y las fórmulas de participación de los pacientes, así como en el énfasis con el que se destacan y desarrollan los diferentes contenidos. Como se muestra en la Tabla 6 algunas Comunidades Autónomas ofrecen facilidades para la traducción a otros idiomas, otras inciden más en la atención a los pacientes crónicos, o en la información a los cuidadores. Los formatos multimedia utilizados son variados, se pueden descargar guías de información o documentos completos de textos, revistas, videos, etc¹²⁷.

Por otra parte se ha generalizado la práctica de ofrecer secciones específicas de información para pacientes a través de las páginas web de las sociedades profesionales y científicas y también en las guías de práctica clínica que se elaboran. En estos espacios se proporciona información sobre actividades preventivas, medidas generales de salud, procesos patológicos concretos y utilización de los servicios sanitarios¹²⁸⁻¹³². La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) dispone en su página de una sección para usuarios llamada Centro de Salud y en ella se ofrece información para mejorar la comunicación con el usuario, y enlaces con asociaciones, universidad del paciente, foro español del paciente, coalición de ciudadanos con enfermedades crónicas (Anexo I). Salupedia es un lugar confiable de información médica en internet seleccionada por profesionales, que contiene la isla de la salud virtual para pacientes crónicos, acceso a guías que ayudan a los pacientes a tomar decisiones destacando numerosos contenidos de atención al cuidador. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) no dispone en su página de sección para usuarios, pero informa en ella de una revista con información para pacientes y una página para usuarios: “mi médico de confianza” en la que informan sobre salud. Otras sociedades también informan específicamente a pacientes como la Sociedad Española de Emergencias, la Asociación de Enfermería Comunitaria, la Sociedad de Contracepción, etc. (Anexo I).

La Unión Europea también dispone de un portal de información de salud que en distintos idiomas informa a usuarios sobre temas de salud agrupándolos por edades, estilos de vida, entorno, problemas de salud frecuentes. (Anexo I).

Los usuarios han incrementado la utilización de las nuevas tecnologías y los recursos que el sistema sanitario y la sociedad ha puesto a su alcance para obtener información^{122,126,133-136}, aumentar su formación (la universidad de los pacientes)¹³⁴⁻¹³⁶ y capacitación como pacientes (la red de ciudadanos formadores en seguridad del paciente del SNS)^{110,136-138}. Solicitan acceder libremente a todas las fuentes informativas disponibles, aunque también reconocen que la variable calidad de la información sanitaria en Internet puede en ocasiones convertirla en un factor de riesgo para la salud y en una dificultad para la relación médico-paciente. Por ello requieren información escrita multidisciplinar y con soporte institucional como garantía de calidad, así como utilizar las nuevas tecnologías para informar (a los pacientes y a los cuidadores sobre los diagnósticos, los procesos y las técnicas), para realizar consultas a expertos, entrevistas telefónicas, etc. que complementen el trabajo de los médicos y las enfermeras¹³⁹⁻¹⁴¹. Proponen un modelo de información sanitaria colaborativo, interactivo y multidisciplinar, con alianzas estratégicas entre la administración sanitaria, la industria (farmacéutica y de biotecnología), los profesionales sanitarios y sociales y las organizaciones que trabajan en defensa de los intereses de los pacientes²⁶.

1.6. Las necesidades de información de los usuarios sobre enfermedades y servicios.

El perfil de algunos usuarios es cada vez más exigente, tanto en lo que se refiere a la información, como a las características de la atención que reciben, demandando un trato más empático y una atención más tecnificada. Así, solicitan más tiempo para sus consultas, más respeto para sus valores y sus decisiones, a la vez que cuestionan las indicaciones, comparan los tratamientos, se muestran críticos, desconfiados y beligerantes^{39,142}. La percepción subjetiva del usuario acerca de la información, el trato recibido y la comunicación es de tal importancia que influye directamente en su valoración de la calidad y la satisfacción con el sistema sanitario. Cuando dicha percepción se ajusta a sus expectativas, la relación médico paciente es valorada de forma favorable, mientras que en caso contrario, la insatisfacción

con la atención, puede deteriorar la relación médico paciente y conducir a la presentación de una reclamación o a la solicitud de cambio de médico¹⁴³⁻¹⁴⁷.

Por otro lado, los profesionales esperan que los pacientes respeten su trabajo, asuman sus deberes como usuarios y su compromiso con la salud y con el mantenimiento del sistema sanitario, para ello es fundamental que los pacientes interioricen sus deberes para con el sistema. La no observancia de estos criterios puede ser fuente de conflictos éticos ya que puede afectar al acceso igualitario a los servicios sanitarios y la distribución equitativa de recursos económicos limitados⁴¹. La mejora de la atención no pasa exclusivamente por aumentar el gasto, sino que también se muestra eficaz la atención con un trato amable, empático, reflexivo y la posibilidad de disponer de más tiempo en consulta que permita mejorar la comunicación y la atención detenida al paciente¹⁴⁸⁻¹⁴⁹.

Cuando un usuario busca información por un problema de salud, lo realiza para disminuir su incertidumbre y afrontar la situación en las mejores condiciones posibles. Pero la información obtenida en internet aunque es fácilmente accesible no siempre es adecuada ni fácil de interpretar para ellos. Así cada vez es mayor el número de pacientes ilustrados o informados que acuden a la consulta buscando asesoramiento para la información que poseen. También se comprueba que la información facilitada por el médico durante la consulta es continuamente comparada y completada con la información obtenida en los medios, por ello algunos profesionales sienten que internet mina su credibilidad cuando su criterio no coincide con la red. Ambos coinciden en la preocupación por utilizar fuentes fiables y apropiadas. En este sentido algunos usuarios solicitan indicaciones para encontrar información cuya calidad esté garantizada, mientras que otros profesionales consideran interesante aprovechar el interés del usuario por ampliar información en otras fuentes para prescribir páginas web para pacientes, alentar a identificar las páginas de calidad buscando la entidad responsable y los sellos de calidad¹⁵⁰⁻¹⁵² evitando así que realicen sus consultas al azar o en sitios de dudosas garantías¹⁵³⁻¹⁵⁸.

La evolución tecnológica favorece el cambio de la búsqueda individual en Internet de información a la creación e intercambio de información con las metodologías Web 2.0¹⁵⁹. Las páginas y los foros elaborados por pacientes

para pacientes son una realidad en auge. En EEUU ya existen algunas experiencias en la red entre usuarios, pacientes y profesionales que gestionan sus datos médicos a través de plataformas de salud en Internet^{126,160}, estas comunidades virtuales de salud en las que interaccionan usuarios y sanitarios podrían acabar convirtiéndose en un nuevo servicio asistencial. Estas plataformas permiten complementar la medicina basada en la evidencia con la medicina basada en las vivencias que aportan la comunidad de usuarios. La red proporciona materiales audiovisuales con sellos de calidad sobre el manejo de situaciones banales y de forma genérica sobre enfermedades frecuentes. Cada vez más organismos sanitarios y sociedades científicas destinan una sección de su página web a los pacientes (Anexo I y Tabla 6). En España la llamada “e-health” ha desarrollado ya algunos campos como la tarjeta sanitaria individual, la historia clínica digital, la receta electrónica y la citación por internet¹⁶⁰⁻¹⁷⁰.

1.7. Los profesionales y las necesidades de información de los usuarios.

Los estudios acerca de las necesidades de información se han realizado en variados ámbitos y con diferentes objetivos. Incluyen desde estudios en el área de la agricultura, en usuarios de bibliotecas, o sobre las necesidades que le surgen al médico en el desarrollo de la consulta^{171,172}.

La mayoría de las investigaciones que han analizado las necesidades de los usuarios del sistema sanitario tenían como principal objetivo identificar las barreras o dificultades que les impiden acceder a él, centrándose especialmente en la alfabetización en salud y en las barreras idiomáticas de diferentes grupos de población (inmigrantes o no) en numerosos países¹⁷³⁻¹⁷⁹. Indudablemente, la comprensión del usuario es un requisito imprescindible para que la comunicación sea efectiva, lo que ha motivado la utilización de equipos de traductores durante las consultas de personas inmigrantes. No obstante, una vez que se ha solventado el problema de comprensión y la comunicación efectiva está garantizada, se comprueba que las necesidades del colectivo de inmigrantes no difieren del resto de la población y las necesidades de

información están relacionadas con sus propias características sociodemográficas^{177,179}.

Otro gran número de investigaciones se han dirigido a identificar las necesidades de información en grupos de pacientes con enfermedades específicas¹⁸⁰⁻¹⁸⁵ o en familiares de niños ingresados en servicios especiales como UCI u oncología¹⁸⁶⁻¹⁸⁸. Los resultados muestran que la información que reciben es uno de los aspectos más valorados por los pacientes, de forma que contribuye a reducir la ansiedad que crea la incertidumbre, fomenta la seguridad del paciente, especialmente la relacionada con la utilización de fármacos, aumenta la satisfacción con la atención recibida, y en definitiva contribuye a la mejora de la calidad de la atención^{189,190}. Por otra parte se ha descrito que la dinámica de la consulta, los retrasos o las condiciones físicas en la sala de espera, la existencia de aglomeraciones, etc., son factores que también influyen en la demanda de información a los profesionales^{191,192}.

Los documentos utilizados habitualmente en la atención sanitaria como las recetas, los prospectos de los medicamentos y los informes de alta hospitalaria se analizan como fuente de información para los pacientes destacándose la necesidad de valorar la legibilidad y comprensión de la información facilitada en ellos, minimizando así los riesgos para la seguridad en el tránsito de los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales y su domicilio¹⁹³.

En opinión tanto de los usuarios como de los profesionales, la información acerca de los servicios disponibles, los requisitos de acceso y sus criterios de calidad, es de gran utilidad a la hora de realizar la elección de profesionales y CS, por ejemplo al cambiar de domicilio, pero sobre todo es una pieza clave para la adecuada utilización de los recursos y especialmente importante en los servicios de urgencias hospitalarias^{38,194,195}.

No obstante, las intervenciones realizadas para mejorar la comunicación y la información no siempre obtienen los resultados deseados. Así una intervención informativa para reducir los accidentes no obtuvo un efecto significativo respecto al control. Sus autores atribuyeron este resultado al corto periodo de tiempo en el que se realizó tanto la intervención como el análisis¹⁹⁶. Otro estudio sobre el efecto de los conocimientos sobre alimentación saludable

tampoco mostró relación con la mejora de las prácticas de alimentación cotidianas, detectándose una gran distancia entre lo que se conoce y lo que se practica¹⁹⁷. Esta falta de adherencia a las recomendaciones se atribuyó en parte a factores como el coste de los alimentos o el tiempo necesario para su preparación, pero también debiera considerarse que la modificación de los estilos de vida requiere que las intervenciones informativas se prolonguen en el tiempo y utilicen varios canales de comunicación, ya que la reiteración y la persistencia de los contenidos informativos favorecen esta lenta tarea¹⁹⁸.

Diversos estudios han mostrado la efectividad de facilitar información tanto en actuaciones puntuales, en un acto quirúrgico por ejemplo, como de forma mantenida en procesos crónicos. De esta manera se ha comprobado que la información previa a una intervención quirúrgica modula las expectativas de los pacientes y mejora la satisfacción con la atención recibida, observándose también una mayor demanda de información entre las mujeres y los paciente más jóvenes^{76,199-201}. De igual manera se ha constatado la efectividad de la información y de la participación de los enfermos crónicos en el propio proceso asistencial^{202,203}. Se ha comprobado que mejora la relación del médico con el paciente, la adherencia al tratamiento, la percepción de calidad del profesional y del servicio y disminuye la hiperfrecuentación y la estancia hospitalaria, con la consiguiente mejora en los costes de la atención sanitaria. La autoeficacia percibida por el paciente en relación a las intervenciones que le propone el profesional se ha mostrado muy importante para el éxito de las mismas²⁰⁴.

El proceso de comunicación se ve favorecido por algunas características personales del médico como son la mayor edad, el desarrollo de actividades docentes como la tutoría de residentes o de alumnos, trabajar en el medio urbano, el nivel de satisfacción del profesional y una actitud favorable hacia el trabajo y la información a los pacientes; mientras se dificulta por la sobrecarga asistencial^{145,205}. Esta relación entre las características del profesional y la actitud personal con la función informativa, pone de manifiesto que la información al paciente no se realiza de forma generalizada, a pesar de que la obligación de informar genera un compromiso que no puede confiarse a la voluntad, el interés o la actitud personal.

Además la mejora de la comunicación aumenta la satisfacción del profesional con su actividad y reduce las quejas formuladas por los usuarios, mientras que una comunicación deficitaria deteriora la relación con el paciente, su percepción de calidad y puede poner en riesgo la seguridad jurídica de los profesionales y de la administración sanitaria²⁰⁶. Aún así, se hace necesario que los pacientes conozcan y asuman el riesgo de las decisiones tomadas durante el acto médico influido tanto por la incertidumbre como por el apremio del tiempo¹⁴³. Por todo ello, y a pesar de la creciente concienciación entre los profesionales acerca del derecho a la información de los usuarios, parece necesario intensificar las intervenciones que garanticen que la información al paciente se lleva a cabo de manera efectiva^{207,208}. Su importancia también destaca cuando se pregunta tanto a los profesionales como a los pacientes por su valoración sobre los resultados de atención sanitaria en AP. Así, ambos coinciden al valorar cuatro parámetros relacionados directamente con la información: la accesibilidad a los servicios, la continuidad y coordinación de la atención, la adecuada relación médico paciente y la calidad científico técnica²⁰⁹⁻²¹¹.

Los profesionales, gracias a su situación estratégica, entre los usuarios y la administración, aportan una visión complementaria tanto de las necesidades informativas, como de las circunstancias y de los medios más adecuados para facilitar dicha información. Por ello, sus opiniones y propuestas son valiosas y deben considerarse antes de implantar intervenciones para la mejora de la comunicación²¹²⁻²¹⁴ ya que no siempre coinciden con las percibidas por los usuarios¹⁸⁸. Así con frecuencia los profesionales sobreestiman tanto las necesidades de información acerca de la enfermedad como la eficacia de sus intervenciones y priorizan la información que permita a los usuarios implicarse en su propio proceso y participar en la toma de decisiones que les conciernen, aunque, en su opinión, los usuarios se interesan más por la información sobre la disponibilidad y la forma de acceso a los servicios.

En definitiva, la sociedad actual espera encontrar en la consulta a un médico excelente que además de tener un “gran ojo clínico” y todas las competencias científico técnicas, posea un “gran oído humano” con el que escuchar las necesidades de sus pacientes²¹³, y cuya habilidad comunicativa le

permita asesorarle y transmitirle la información que necesita para que pueda tomar decisiones responsables y comprometerse con el mantenimiento de su salud y la atención a la enfermedad.

1.8. La elección de la metodología cualitativa.

1.8.1. La investigación cualitativa en el campo socio sanitario.

El auge reciente de la investigación cualitativa en el campo socio sanitario se constata a través del incremento en el número de trabajos publicados que utilizan esta metodología en los últimos años. Los resultados de una búsqueda sistemática realizada en MEDLINE, Índice Médico Español, Psycinfo y CUIDEN, de los artículos publicados que utilizan la metodología cualitativa han pasado de tener una presencia casi anecdótica al inicio de los años 90 (con 24 publicaciones entre los años 1991 y 1995) a multiplicarse por cuatro en los siguientes cinco años (95 artículos entre los años 1996 y 2000)²¹⁵. Esta tendencia se produjo también a nivel internacional en la revista British Medical Journal (BMJ) en la que las publicaciones que incluyen el término "qualitative" pasaron del 0% en el año 1994 al 8% en el año 2002, confirmando su incremento paulatino²¹⁶. Una revisión de las publicaciones de estudios con metodología cualitativa llevada a cabo entre los años 1991 y 1996 en el BMJ, el British Journal of General Practice y Family Practice, evidencia su incremento alcanzando el 30,2% del total de los artículos publicados²¹⁷. Además esta tendencia se ha mantenido en el tiempo y se ha consolidado en la AP como muestra el estudio de Pujol que cuantifica en un 12,9% (164 citas) y en un 14,98% (4562 citas) del total de los artículos publicados en el ámbito nacional e internacional respectivamente, las citas originales de investigación cualitativa en AP de los años 2001 y 2010 indizadas en PubMed. Así, aunque las cifras pueden cambiar en función del ámbito y el método de búsqueda de cada investigación, se confirma que la tendencia del incremento en la investigación cualitativa es mantenida en el tiempo²¹⁸⁻²²¹.

La mayor utilización de la aproximación cualitativa se ha visto favorecida por la publicación, desde mediados de los 90, de series y monografías sobre metodología cualitativa en revistas de prestigio. Estos artículos han contribuido

a difundir y mejorar el conocimiento sobre la lógica, el enfoque, la utilidad, los métodos y los requisitos de calidad de la investigación con metodología cualitativa, entre los profesionales de la salud²²¹⁻²³¹. También ha contribuido la celebración periódica de congresos y reuniones internacionales sobre investigación cualitativa y salud, como el V Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud celebrado en Lisboa en octubre de 2012.

Paralelamente a este desarrollo, los comités editoriales de las revistas y los organizadores de congresos han incorporado normas específicas de valoración de la calidad del paradigma cualitativo, facilitando el trabajo de autores y evaluadores en el campo sanitario^{219,221,232-239}.

La metodología cualitativa también ha sido apoyada desde las instituciones al recomendarse de forma explícita en la Agenda de Investigación para Medicina General/Medicina de Familia y Atención Primaria en Europa su utilización para abordar los dominios en los que es necesaria la producción de conocimiento. De esta manera la Agenda muestra las competencias (gestión AP, atención centrada en la persona, resolución de problemas clínicos, enfoque integral, orientación comunitaria y enfoque holístico) y define los dominios a investigar recomendando en todos ellos, entre otros métodos, la investigación cualitativa²⁴⁰⁻²⁴².

El desarrollo de la investigación cualitativa en el campo socio sanitario en general, y en la AP en particular, se entiende mejor tras haber mostrado su utilidad para explorar las dimensiones humanas que permiten entender e interpretar las conductas, las dudas, las actitudes, los valores y las expectativas, así como las interacciones entre las personas y el impacto que en ellas tiene el sufrimiento y la enfermedad. En general contribuye a establecer marcos teóricos y a generar hipótesis que den sentido a cuestiones emergentes o muy complejas, ayudando a comprender su dinamismo y sus múltiples dimensiones. La investigación cualitativa permite a los pacientes expresar sus experiencias, percepciones, motivaciones y necesidades en relación con los servicios sanitarios así como su opinión sobre la medida en que estos se adecuan a sus expectativas; esta circunstancia posibilita una gestión sanitaria más participativa al poder aplicar en el proceso de toma de decisiones las preferencias y las prioridades de los usuarios. En definitiva, la

metodología cualitativa proporciona un abordaje de investigación riguroso y adecuado para responder a variadas preguntas, que contribuyen a comprender y solucionar problemas que plantean los usuarios en su relación con el sistema sanitario^{219,239,243,244}.

1.8.2. La perspectiva cualitativa

Como ya se ha comentado las necesidades de información son una realidad compleja en la que los métodos convencionales, como el cuestionario, resultan insuficientes para conocer sus contenidos y características al no permitir observar los fenómenos menos visibles ni escuchar las opiniones particulares de las personas que representan en su contexto a su sistema social. Por este motivo se ha elegido la perspectiva cualitativa como procedimiento inductivo para obtener el conocimiento buscado, garantizando la máxima objetividad en la captación de la realidad.

Mediante ésta aproximación se avanza en la comprensión de las motivaciones al escuchar al usuario, se conocen sus expectativas, sus impresiones, sus dificultades, sus opiniones y las necesidades, que pertenecen al ámbito subjetivo y personal formadas tanto por sus características y experiencias como por el contexto social y cultural en el que se desarrollan. Con su interpretación nos acercamos a comprender mejor el comportamiento humano en relación con la salud, la enfermedad y el sistema sanitario de AP, en definitiva lo que los usuarios esperan y necesitan saber así cómo la forma y los medios por los que les gustaría o les resultaría más útil obtener esa información²⁴⁵⁻²⁵¹.

La AP de salud, como punto más cercano al paciente del sistema sanitario, siempre se ha preocupado por la atención global que incluye aspectos culturales, condiciones de vida y creencias del grupo. Ocupa una posición privilegiada y cercana que permite comprender a la persona en su totalidad, integrada en su contexto social y cultural. Los problemas de salud y sus soluciones se fusionan e intervienen recíprocamente con otros factores que quedarían fuera del alcance de la misión estricta del sanitario. Así, las relaciones familiares, laborales, sociales y culturales generan en unas

ocasiones enfermedad y en otras colaboran en su resolución. Atender a toda una familia a lo largo del tiempo permite comprender cómo influyen y se modifican las relaciones entre ellos, tanto en los problemas como en las soluciones. En otras ocasiones se hace necesaria la intervención comunitaria para avanzar en materia de salud y solucionar de manera efectiva los problemas.

1.8.3. El grupo de discusión.

Son muchas las técnicas que se utilizan en la metodología cualitativa. La empleada en esta investigación es el grupo de discusión, un tipo de entrevista grupal, en la que el investigador crea un dispositivo artificial que intenta establecer las condiciones favorables para la producción de un determinado discurso sobre el tópico de la investigación. El objetivo es reproducir en el grupo, el discurso que se produce en el grupo social²³². Para ello se reúne a un grupo de personas y se favorece el desarrollo de un discurso en el que los participantes emiten espontáneamente mensajes que serán analizados posteriormente. Estos mensajes constituyen la expresión de las creencias, los valores, los deseos y los fines del hablante^{238,252-254}. En esta técnica adquiere especial importancia el diseño de los grupos con perfiles inclusivos distintos que aseguren la variedad de los discursos recogidos. La cuidadosa selección de los participantes en cada grupo garantizará que compartan algunas características y difieran en otras (heterogeneidad inclusiva), permitiendo una conversación espontánea y fluida^{243,252}. Así esta técnica permite generar información para identificar puntos de mejora, líneas de actuación, hipótesis y proponer nuevas teorías, para adaptar el sistema sanitario a las necesidades sentidas por la población y a las vías de comunicación ágiles y útiles para los usuarios^{255,256}.

La utilización de la metodología grupal en el campo sanitario abarca temas tan dispares como son el impacto emocional en los pacientes tras el diagnóstico o la utilización de un determinado servicio²⁵⁷, sus vivencias ante la modificación de hábitos de vida en enfermedades crónicas, las actitudes ante

situaciones difíciles como la violencia de género, o la gestión de los incentivos profesionales²⁵⁸.

En definitiva, el grupo de discusión constituye una opción adecuada de investigación cualitativa y evaluación del campo de la salud, especialmente para temas en los que se requiere incorporar la perspectiva de los pacientes, de los usuarios o de la población, a la que van dirigidas las actuaciones que se realizan por los profesionales sanitarios²⁵⁴.

JUSTIFICACIÓN

2.1. Justificación.

2.1. La información sanitaria y el servicio sanitario de Atención Primaria.

El modelo del sistema sanitario de AP en España se caracteriza por ser público, universal, accesible y gratuito. Desde su implantación ha ido mejorando progresivamente. El aumento de las prestaciones, la mejora de la coordinación con la atención especializada, el aumento del tiempo medio por consulta, el trabajo por programas de salud, las consultas programadas, la citación telefónica, la informatización de la historia clínica, etc. han conseguido mejorar los resultados y la satisfacción de los usuarios con el servicio, pero aún son muchos los retos pendientes para mejorar la calidad de la atención al paciente, elevando el nivel de salud de la población y aumentando la participación y la satisfacción de los usuarios^{259,260}.

La calidad de los servicios de salud preocupa a los usuarios, a los profesionales y a los gestores y aunque su medición es compleja por depender de diversos factores, se conoce que está influenciada por la oferta de servicios tanto, en variedad como en cantidad, y por las expectativas de los pacientes, de forma que la diferencia con el servicio real obtenido determina la satisfacción global del usuario en relación con la atención recibida^{76-78,261-265}.

Una de las áreas estratégicas de la Consejería de Sanidad de Castilla y León es la Calidad Total. En este marco, la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca (GAPSA) realizó en 2005 una autoevaluación utilizando el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM), identificando la comunicación de la información a los usuarios como una de las áreas de mejora prioritarias^{266,267}. Los resultados obtenidos hacen pensar que el desarrollo y la ampliación de la oferta así como la complejidad de la prestación de servicios por el sistema sanitario en ocasiones no se han acompañado de una comunicación efectiva a los usuarios. Algunos ignoran qué profesionales componen el Equipo de Atención Primaria (siendo la matrona y la trabajadora social dos grandes desconocidas); dónde pueden realizar los trámites para solicitar la tarjeta sanitaria; la forma de ser atendidos de manera urgente, o incluso a dónde llamar si necesitan atención domiciliaria urgente. El éxito de unos buenos servicios pasa por la buena utilización de los mismos y difícilmente puede ser bien utilizado algo que se desconoce. Para mejorar la comunicación de la información a los usuarios en la GAPSA se diseñó un proyecto de mejora de la calidad de la comunicación con el usuario en varios pasos.

En primer lugar se investigó mediante la técnica Delphi la opinión que tienen los profesionales sobre las necesidades de información de los usuarios. La importancia de esta opinión reside en su posición habitual de interlocutor en el proceso de información. Los resultados de este estudio mostraron que los profesionales sanitarios señalaron a la información asistencial como la necesidad más importante, seguida de la autonomía de los usuarios en el cuidado de su salud y en tercer lugar la información epidemiológica. Por último, incluyen la información sanitaria relativa a la oferta de servicios, la accesibilidad, la organización de la atención de urgencias y el lugar donde solicitar información. Consideran además que las barreras relacionadas con la falta de coordinación y la burocracia son las que dificultan la comunicación y la información con el paciente²¹⁴.

En segundo lugar se propuso investigar las necesidades de información de los usuarios. Los cauces habituales de comunicación directa con los usuarios han sido las encuestas de satisfacción y las hojas de reclamación o sugerencias. Así, periódicamente se realizan encuestas, generalmente

cerradas, que responden a la idea previa que tiene el investigador sobre la satisfacción del usuario, también se analizan las sugerencias, las quejas y las reclamaciones que se reciben de los usuarios, en las que una pequeña proporción de usuarios exponen libre y unilateralmente sus opiniones. Estos métodos de recogida de información directa parecían escasos para obtener información completa y adecuada de las necesidades de información de los usuarios y por ello se planteó preguntarles directamente utilizando metodología cualitativa. De esta manera se diseñó esta investigación exploratoria con grupos de discusión de usuarios de AP de Salamanca. Sus objetivos eran conocer las necesidades, los canales que consideran más adecuados para los diferentes contenidos informativos y las barreras que dificultan la comunicación.

El impacto potencial de esta investigación.

La información acerca de las necesidades obtenidas directamente del usuario, integrada con la que ya posee la GAPSA desde el punto de vista de los profesionales y de algunos usuarios a través de las reclamaciones, sería el primer paso para el diseño de un plan de mejora de la comunicación. Dichas medidas buscaran de forma dinámica dar respuesta a las necesidades cambiantes de la población, disminuir las barreras percibidas, promover los canales de comunicación y favorecer el uso racional de los recursos e incrementar la satisfacción de los usuarios.

La administración podría incorporar este punto de vista a las guías disponibles actualmente en los centros de salud y valorar la elaboración de catálogos de servicios, programar actividades de formación en habilidades de comunicación, etc. Igualmente es necesario comunicar y debatir los resultados con los trabajadores de AP para promover y facilitar la comunicación con los usuarios, sus expectativas y necesidades. Ellos son generalmente los encargados de informar y por lo tanto deben saber qué contenidos deben facilitarse y cómo hacerlo.

2.2. Situación de la Atención Primaria en Salamanca y reflexión personal.

Por último, para facilitar la interpretación de los resultados de esta investigación, se precisan algunos detalles de la realidad social y los

acontecimientos recientes en el ámbito del estudio, así como la reflexión personal de la investigadora.

Los servicios sanitarios que se ofertan en los diez centros de salud urbanos de Salamanca son prestados, desde años atrás, por equipos de atención primaria, teniendo como referencia el modelo de Atención Primaria de Salud. La atención, con pequeñas diferencias por zonas, se realiza en consultas con un número de TSI (Tarjetas Sanitaria Individual) que se sitúa en el umbral o excede cupo óptimo de pacientes y en algunos casos se ha observado la aparición de las listas de espera para acudir a consulta de varios días. Además, bastantes profesionales de los equipos (médicos, enfermeras, administrativos) habían cambiado en el último año como consecuencia de la resolución de procesos de selección de personal. Estos hechos se reflejan en las conversaciones de los participantes durante el desarrollo de los grupos.

La profesión médica de los investigadores evidentemente ha influido en el estudio. Además mi perfil como médica asistencial de atención primaria del sistema público de Salamanca ha favorecido la inquietud multidisciplinar por la formación y la investigación. Estar en primera línea de la atención sanitaria ha facilitado mi participación en diversos proyectos que han ocupado casi siempre una parte de mi actividad. Tras los estudios de Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, realicé la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles en Ávila y en el Centro de Salud Ávila Norte. En este periodo aprendí la importancia de tener una visión global del enfermo considerando las relaciones con su entorno familiar y social. Asumir que todos sus problemas de salud eran de mi competencia y que en ellos debía intervenir para orientarlos o para intentar solucionarlos, me obligaba a una actualización continua en materias muy variadas. Posteriormente continué compatibilizando la actividad asistencial en el Área de Salud de Salamanca con la formación en diversas materias en la Universidad de Salamanca, cuya amplia oferta me permitió realizar varios Cursos de Tercer Ciclo de la Universidad de Salamanca. Uno de ellos, el curso de Experto Universitario en Educación para la Salud en la Escuela, me ayudó a conocer otros perfiles profesionales (psicólogos y docentes) y desarrollar proyectos de forma conjunta que ampliaron de forma

práctica mi visión de los problemas y las soluciones en salud y enfermedad. La colaboración en la formación especializada como tutora de residentes de medicina de familia desde el año 1999 también me implicó en nuevos proyectos de formación e investigación.

La especial preocupación y visión de la salud de forma global de mi formación como médica de familia ha influido en la elección del tema de la investigación y ha favorecido la comprensión y el enfoque de esta metodología. Cuando los directores de esta Tesis Doctoral, D. José Ángel Maderuelo, Dña. Pilar Moreno y Dña. M^a Cruz Sánchez, a los que desde aquí expreso mi más sincero agradecimiento, me propusieron su realización, me pareció un proyecto que tenía los ingredientes básicos para interesarme lo suficiente como para invertir todo mi empeño en realizarlo. En definitiva, me pareció una línea de investigación retadora y atractiva, pero sobre todo abordable. Asistí a varios cursos de postgrado y de formación continuada con expertos en investigación cualitativa con el fin de profundizar en el enfoque metodológico.

La atención directa a los pacientes en la consulta también me ha ayudado a realizar este estudio. En la consulta es necesario observar cómo llegan los mensajes, escuchar lo que dicen e interpretar si ambas informaciones se corresponden. Además es necesario sintetizar, priorizar y decidir. Esta labor diaria se ha convertido en una habilidad inductiva que ha facilitado el desarrollo de la investigación, especialmente en lo que se refiere a la interpretación de los mensajes contenidos en los discursos de los participantes de las conversaciones grupales. La definición de las categorías y la codificación de los mensajes resultó una tarea minuciosa y laboriosa que precisó que los investigadores dedicaran mucho tiempo hasta completar la triangulación.

La continuidad de la atención a los mismos pacientes durante periodos largos de tiempo en mi actividad asistencial, me ha permitido comprobar cómo la falta de información sobre salud, enfermedad y servicios empeora los resultados de los servicios de salud que se ofertan a los usuarios. En ocasiones constataba que la falta de información acerca del sistema sanitario impide la accesibilidad de quien más lo necesita. Otras veces comprobaba la dificultad de comunicación con los pacientes, al constatar que la interpretación que habían realizado de, por ejemplo, las indicaciones de un tratamiento no se

correspondía con los contenidos informativos que se les había facilitado. Al contrario, también he podido observar cómo otros pacientes tenían la información necesaria para el cuidado de su salud, la comprendían, la recordaban, pero su opción era no seguir mis indicaciones. He de reconocer que, aunque mi actitud en la consulta no es excesivamente paternalista, me cuesta aceptar y, sobre todo, comprender estas situaciones. Un asmático que sigue fumando o un diabético que no hace la dieta son situaciones frecuentes en las que siempre he pensado que algo fallaba y ese algo era la mirada cualitativa, dar voz y escuchar las motivaciones de los pacientes para poder combatir las en su terreno o aceptarlas de igual a igual. Personalmente he percibido que la necesidad de información de los usuarios en relación con los servicios sanitarios es real y algo que, a pesar de mis esfuerzos personales, era difícil de solucionar. Por ello escuchar la opinión de los usuarios me pareció necesario, interesante y que podría ayudarme a mejorar los resultados en la comunicación.

Por último, su diseño y desarrollo íntegro en el campo de la atención primaria me permitía depender sólo del medio que conozco para su realización. Las conclusiones potenciales previsiblemente serían de absoluto de interés y aplicación como áreas de mejora en atención primaria, cumpliéndose así con la pertinencia y relevancia del trabajo para este medio.

A pesar de todos estos ingredientes favorables, la ayuda inestimable de los expertos en metodología cualitativa, el tiempo dedicado al estudio de la materia y el apoyo incondicional de los directores que creyeron en mi capacidad durante este largo proceso, he de reconocer las dificultades que he tenido que superar para distribuir el tiempo y compatibilizar la investigación con el trabajo asistencial y con mi vida personal. Su consecuencia ha sido la prolongación del proyecto más allá de lo que me hubiera gustado. No obstante, estoy contenta por haber tenido la oportunidad de realizarlo y presentar por fin sus resultados.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis y objetivos

3. Hipótesis y objetivos.

3.1. Hipótesis.

Los usuarios de los servicios sanitarios de AP perciben que la información que disponen en la actualidad sobre estos servicios y de la accesibilidad a esta información, no es la adecuada a sus expectativas y necesidades.

3.2. Objetivo general.

Estudiar las percepciones, expectativas y necesidades de información de los usuarios del Área de Salud de Salamanca en relación con los servicios ofertados por los dispositivos de AP.

3.3. Objetivos específicos e interés de los mismos.

1. Identificar las expectativas, las preferencias y las necesidades de la población sobre la información que reciben de las actividades y los servicios sanitarios desarrollados en AP.
2. Identificar las expectativas, las preferencias y las necesidades de la población sobre la información de tipo administrativo, gestoría, etc. que reciben de los servicios sanitarios de AP.

Hipótesis y objetivos

3. Analizar los medios utilizados por los usuarios para obtener la información que necesitan.
4. Identificar los medios de comunicación más adecuados para facilitar los diferentes contenidos de información y orientar a los ciudadanos sobre la forma más adecuada en la utilización de los servicios sanitarios de AP.
5. Valorar cómo el género, la edad y el nivel de estudios influyen en las necesidades de información sobre el sistema sanitario y en los canales utilizados para obtenerla.
6. Detectar las barreras informativas para los diferentes contenidos de cara a mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a la información de la organización, especificaciones de los servicios, gestoría, derechos y deberes de los usuarios, etc.
7. Identificar, desde el punto de vista del usuario, los puntos fuertes y las áreas de mejora en relación a los contenidos de información que actualmente reciben desde AP.

3.4. Objetivos operativos

1. Transmitir las conclusiones de esta investigación a la GAPSA (Gerencia de Atención Primaria de Salamanca) para valorar su integración en el plan de mejora de la comunicación con el usuario, contribuyendo así a disminuir la distancia entre las expectativas y la percepción de información en los usuarios.
2. Comunicar y debatir los resultados entre los trabajadores de AP para fomentar la cultura de comunicación con el usuario y sensibilizar sobre la importancia del proceso de informar al usuario.

MATERIAL Y MÉTODO

4. Material y método.

4.1. Diseño.

Este trabajo de investigación es un estudio exploratorio, con un abordaje desde la perspectiva cualitativa-estructural, que permite investigar las creencias, percepciones, experiencias y expectativas de un fenómeno en el contexto de las personas interesadas.

La técnica de investigación cualitativa seleccionada es el grupo de discusión. Como se ha comentado anteriormente, esta técnica es un tipo de entrevista grupal semidirigida en la que se busca observar directamente la interacción entre los participantes como método para generar información^{238,252,254,268}.

4.2. Ámbito.

El estudio se ha realizado en el ámbito de la AP urbana de Salamanca.

4.3. Población.

4.3.1. Población de referencia del estudio.

El universo de referencia fue la población del área urbana de Salamanca usuarios de los Servicios Sanitarios de AP. En diciembre de 2007 dicha población ascendía a un total de 172.157 personas titulares de tarjeta sanitaria.

4.3.2. Criterios de selección de los participantes en los grupos de discusión.

Se decidió incluir a representantes de asociaciones como informadores privilegiados del tópico de la investigación y a usuarios recientes del sistema sanitario, mayores de edad, sin otros factores que condicionaran su acceso a la información, para obtener una visión general en la investigación.

- Personas entre 18 años y 80 años de edad, de ambos sexos y que fueran usuarios de los servicios sanitarios de atención primaria de Sacyl, en el municipio de Salamanca.
- Personas no institucionalizadas. Que residan en su domicilio o con sus familias. Se excluyeron a las personas que viven institucionalizadas porque podrían estar mediatizadas por condicionantes concretos relacionados con su situación.
- Usuarios que hayan acudido a su centro de salud en los 30 días previos al inicio del estudio y deseen participar.
- Miembros de asociaciones de afectados, enfermos, o relacionadas con el sector sanitario como Cruz Roja, Asociación Española contra el Cáncer, Donantes de sangre, etc. que deseen participar.

Criterios de exclusión:

- Sanitarios o familiares directos. Debido a que el acceso a la información sobre la salud, la enfermedad y los servicios sanitarios, puede diferir de la población general.
- Personas que tengan cualquier tipo de discapacidad o merma cognitiva, auditiva o de dicción que dificulte la comunicación oral. Personas

afectadas por enfermedad psiquiátrica y las que tengan una enfermedad grave que, por sus circunstancias, invalidan la representatividad de la comunidad que se busca en el análisis.

4.3.3. Muestra Estructural.

La muestra cualitativa es una muestra estructural, es decir que se define en función de las variables de la estructura social que pueden ser más relevantes y pertinentes para la finalidad del estudio. El muestreo estructural es intencional y consiste en la elección de los participantes y su inclusión en los diferentes grupos en función de los criterios de segmentación. La finalidad es que queden representadas la diversidad de perspectivas y puntos de vista del objeto de la investigación. Estos criterios son los que determinan la formación de grupos homogéneos internamente y heterogéneos entre sí. En total participaron 83 usuarios que fueron suficientes para alcanzar la saturación de la información discursiva.

4.3.3.1. Variables de interés para el muestreo.

Las variables o criterios de estructuración de la muestra que se han tenido en cuenta son:

- La procedencia de los participantes según sean usuarios o miembros de asociaciones.
- La edad. Se establecen tres grupos de edad, jóvenes entre 18 y 30 años, edad media entre 31 y 64 años y mayores entre 65 y 80 años. La edad es una importante variable que condiciona no sólo las necesidades de información sobre salud y servicios sanitarios, sino también las opiniones, las valoraciones y la utilización de los servicios de salud^{252,269}.
- El sexo. Se considera la diferenciación de género en el análisis del discurso de los participantes, sin embargo se ha creído conveniente la definición de grupos mixtos, ya que esta circunstancia puede enriquecer la producción de los grupos, además de ser un reflejo más fiel de la realidad social de Salamanca. Las diferencias sociales entre varones y

mujeres influyen en sus opiniones, sus valores e incluso en la utilización del sistema sanitario^{252,269}.

- El nivel educativo. Se han establecido un grupo, denominado “estudios obligatorios” que incluye a las personas sin estudios y las que han cursado la enseñanza obligatoria o formación profesional de primer grado y otro de “estudios superiores” formado por personas que han realizado el bachillerato o estudios superiores. El nivel educativo está asociado con variables como la profesión, actividad laboral, nivel socioeconómico o clase social que pueden mostrar diferencias en cuanto a necesidades informativas o la percepción de barreras respecto la salud o los servicios sanitarios^{252,270-273}.

4.3.3.2. Número de grupos focales.

El diseño inicial contemplaba la realización de seis grupos de discusión, de usuarios resultante de combinar las categorías de las variables estructurales:

- Jóvenes, hombres y mujeres, estudios obligatorios.
- Jóvenes, hombres y mujeres, estudios superiores.
- Edad media, hombres y mujeres, estudios obligatorios.
- Edad media, hombres y mujeres, estudios superiores.
- Mayores, hombres y mujeres, estudios obligatorios.
- Mayores, hombres y mujeres, estudios superiores.

No obstante, durante el desarrollo de la investigación se consideró que en los grupos de edad media el rango de edad era muy amplio y se decidió incrementar en dos más el número de grupos de discusión de edad media (uno por nivel de estudios) con el objeto de asegurar la diversidad discursiva y favorecer la saturación. Esta decisión de modificar el proyecto inicial es habitual en la metodología cualitativa, cuyo diseño flexible permite la evolución del proyecto según las necesidades que van surgiendo en el proceso de la investigación^{252,254,274}.

El diseño se completó con dos grupos integrados por miembros de asociaciones relacionadas con el sector sanitario.

El número de participantes establecido inicialmente para cada grupo fue de 8 a 10 personas con una distribución similar de hombres y mujeres, número que se considera óptimo en la bibliografía^{252,254,274}.

4.4. Identificación y captación de los participantes.

4.4.1. Contacto con los informantes clave.

La captación de los participantes de los grupos de discusión se realizó a través de informadores clave, siendo diferente según se tratara de grupos de usuarios de centros de salud o de miembros de asociaciones de interés sanitario:

- Usuarios de centros de salud. Un miembro del equipo investigador contactó con los diez centros de salud urbanos de Salamanca a través de su coordinador, al que se le explicó brevemente el objetivo y la metodología del estudio y se solicitó su colaboración en el desarrollo del proyecto, acordándose la celebración de una reunión con todo el equipo. En dicha reunión se presentó el proyecto de forma detallada y se reiteró la solicitud de colaboración de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) como informantes clave para la captación activa de los usuarios que pudieran participar en el desarrollo de los grupos de discusión, de acuerdo a los criterios de selección. Se facilitó material documental que incluía, además de los objetivos y la metodología del estudio, las hojas para el registro de los datos necesarios de los participantes potenciales. Por último, también se proporcionó una hoja informativa para entregar a los pacientes que aceptaran colaborar, en la que se explicaba los objetivos del estudio y se agradecía su colaboración. (Anexos II, III y IV).

También se contactó personalmente con los sanitarios que no habían podido acudir a la reunión presencial de presentación en el EAP, proporcionándoles la misma información y materiales que se facilitó en la reunión del equipo.

De forma complementaria se utilizó la técnica de “la bola de nieve” con la finalidad de incrementar el número de posibles usuarios participantes en los grupos de discusión. De esta forma se proponía a las personas que aceptaban colaborar que captasen a otros participantes potenciales a través de su “red” de relaciones y vínculos sociales (amistades, compañeros, vecinos, etc.). Este modo de captación se especificaba en los datos del contacto para evitar que coincidiesen en la misma reunión personas que ya se conocían previamente, con relaciones jerárquicas entre ellas, o con vínculos familiares, de forma que pudieran interferir el discurso e introducir sesgos en el análisis.

La captación de los contactos se realizó durante un mes. En ese periodo se realizaron varias visitas a cada centro con el fin de apoyar el proceso y reforzar el compromiso de colaboración.

- Asociaciones de interés sanitario. El contacto con los representantes de las asociaciones se realizó a través de los trabajadores sociales de los centros de salud. Las organizaciones a las que se solicitó su colaboración fueron las siguientes: Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, Asociación Salmantina de Lupus, Asociación de Fibromialgia, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, Asociación de Enfermos Mentales Crónicos, Asociación de Artritis Reumatoide, Asociación de Paralíticos Cerebrales de España (ASPACE), la Asociación Española Contra el Cáncer y Cruz Roja Española. Al igual que se procedió con el grupo de centros de salud, se explicó el motivo, el diseño y los objetivos del estudio. Estos representantes actuaron como informantes clave que transmitieron la solicitud a otros miembros de sus asociaciones que estuvieran dispuestos a participar y facilitaron el número de teléfono de contacto para concretar el día y la hora para el desarrollo de los grupos focales.

4.4.2. Contacto con los participantes.

Se contactó telefónicamente con los participantes potenciales de los grupos de discusión en la semana anterior a la fecha del desarrollo de la reunión. Para ello se agruparon los registros por edad, sexo y nivel educativo. Las llamadas telefónicas para cada sesión se realizaron por orden de registro

en el listado, hasta completar diez u once contactos que se comprometían a asistir, variando en cada llamada el sexo, el centro de salud al que está adscrito el usuario y el profesional sanitario que había realizado la captación. De esta manera se perseguía obtener una variada composición del grupo y disminuir la probabilidad de que los participantes se conocieran o tuvieran relación personal. Se excluyeron los contactos que habían tenido relación asistencial con los médicos investigadores cuando estos actuaron como moderador u observador.

En la llamada telefónica, tras la presentación del interlocutor, se facilitaba una breve información sobre los objetivos del estudio y la metodología que se iba a utilizar. También se les informaba sobre el día, la hora y el lugar de la reunión, así como de la duración de la misma, aclarando las dudas que pudieran surgir. Cuando el usuario no podía asistir, se le pedía disponibilidad de días y horas alternativas para una futura reunión. Finalmente se les facilitó el teléfono de un miembro del grupo investigador para resolver dudas de última hora o comunicar posibles incidentes.

Además, se realizó una llamada recordatorio de la reunión el día anterior a su celebración.

4.5. Desarrollo de los grupos focales.

Las reuniones se realizaron en instalaciones ajenas al sistema sanitario con el fin de garantizar las condiciones de privacidad, accesibilidad para los participantes y de neutralidad para la conversación. Las dos primeras reuniones se realizaron en instalaciones de la Excelentísima Diputación de Salamanca, la tercera en un aula de la Facultad de Educación de la Universidad de Salamanca y las siete restantes en un aula cedida por la Agrupación Mutual Aseguradora (AMA), que es una entidad que tiene relación de colaboración con el Colegio de Médicos de Salamanca^{252,254,274}.

Para facilitar la fluidez de la comunicación grupal, los asistentes fueron dispuestos formando un círculo y cada uno de ellos disponía de un rótulo con su nombre.

En todas las reuniones estuvieron presentes el moderador y un observador. Ambos tenían formación y experiencia concreta en investigación cualitativa y en la conducción de grupos de discusión.

Después de la presentación de los participantes, el agradecimiento de su asistencia y la solicitud de la firma del consentimiento informado de la grabación de la sesión, el moderador iniciaba la conversación grupal según el guión, previamente establecido, de los contenidos principales a explorar en el discurso del grupo (Tabla 7). El observador tenía la función de facilitar y supervisar el desarrollo de la reunión y tomar notas sobre la aparición de nuevos contenidos, que posteriormente se incorporaron al documento final de análisis de la sesión. Las reuniones, con una duración prevista en torno a los 90 minutos, finalizaban cuando se consideraba que la información que se obtenía era redundante. Como agradecimiento por su colaboración se entregó a los participantes un obsequio simbólico, habitual en este tipo de investigaciones.

Tabla 7. Guión de la investigación necesidades de información de los usuarios de AP de Salamanca.

<p>Guión de la investigación</p> <p>1.- ¿Qué necesita saber un ciudadano sobre los aspectos relacionados con la salud? Por ejemplo, información sobre su enfermedad, actividades preventivas, derechos y deberes, etc.</p> <p>2.- ¿Qué necesita conocer un ciudadano en relación a los servicios sanitarios que se prestan en su centro de salud? Puede incluir temas sobre actividades sanitarias, organización, trámites, etc.</p> <p>3.- ¿Qué otros temas en relación con actuaciones de carácter administrativo, “papeleos”, “gestiones” u organización de los servicios sanitarios pueden ser de utilidad a los ciudadanos? Por ejemplo, trámites, documentos, reclamaciones, otras prestaciones, etc.</p> <p>4.- En su opinión, ¿Cuáles son los canales o medios de difusión (folletos, carteles, radio, televisión, información individual, educación en grupos, etc.) que se deberían utilizar para dar información sobre temas sanitarios a la población? Indicar los medios más adecuados en función del contenido que se pretenda difundir.</p> <p>5.- En su opinión ¿Cuál es la información en relación con la salud y los servicios sanitarios de Atención Primaria que los ciudadanos esperan recibir?</p> <p>6.- ¿Cuáles cree Vd. que son los aspectos más deficientes en la comunicación e información a los usuarios?</p>
--

Fuente: Elaboración propia.

4.6. Implicaciones éticas y legales.

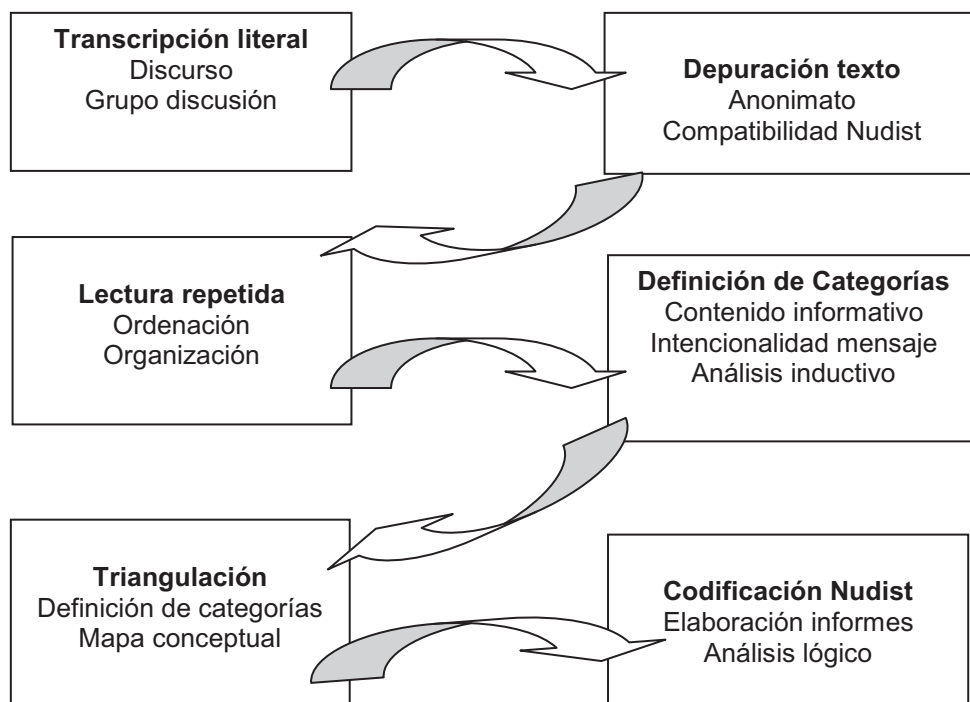
Se tomaron las precauciones necesarias para garantizar el respeto de los derechos y las libertades de los participantes en la investigación. Para ello, a las personas que asistieron a las reuniones, se les volvió a explicar la metodología de la investigación, insistiendo en el carácter anónimo y confidencial de sus opiniones. Así mismo se explicó la necesidad de la grabación de la conversación en audio y video, cuya única finalidad era facilitar la transcripción literal y posterior análisis de las aportaciones realizadas.

A continuación, se solicitó el consentimiento informado (Anexo V) por escrito para la grabación, el procesado, el análisis y la explotación de los datos.

4.7. Recogida de la información: transcripción.

Después del desarrollo de cada uno de los grupos de discusión se realizó una transcripción literal del contenido de las conversaciones grabadas por una persona ajena al grupo investigador, que fue complementada con las anotaciones realizadas por el observador de la reunión. Para garantizar la confidencialidad de las intervenciones, se han obviado los nombres propios de los participantes, asignándoles un código numérico según el orden en que realizaban su primera intervención. También se eliminaron del texto las alusiones que podrían inducir a reconocer a los sanitarios o a los participantes a los que se referían. El documento de la transcripción, se adaptó a las características de compatibilidad, para el tratamiento informático con el programa de análisis de datos cualitativos Nudist 6.0 (CAQDAS: Computer, Assisted, Qualitative, Data, Analysis, Software). La Figura 1 detalla el proceso seguido por la información de los grupos de discusión.

Figura 1. Proceso de la información de los grupos de discusión.



Fuente: Elaboración propia.

4.8. Análisis e interpretación de los datos.

Se ha utilizado el párrafo (P) como unidad básica para el análisis de los textos del discurso emitido en los grupos de discusión. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española⁶ lo define como cada una de las divisiones de un texto señaladas por letra mayúscula al principio de la línea y punto y aparte al final del fragmento de escritura. En esta ocasión en los textos transcritos se anotaban como párrafos cada una de las intervenciones emitidas por cada participante sin interrupción hasta que terminan de hablar. La extensión de líneas de cada párrafo es variable determinada por factores tanto del emisor como del discurso de la conversación o de la interacción con los otros participantes.

Cada uno de los textos de las transcripciones literales de las conversaciones de los grupos se distribuyó a los investigadores, que realizaron un análisis de las intervenciones de los participantes.

4.8.1. Ordenación.

En esta fase, tras la lectura repetida de los textos, cada investigador de forma personal e independiente, realizó la descripción, organización y ordenación de las aportaciones de cada uno de los participantes del grupo de discusión, asignándolas a las diferentes preguntas realizadas en los objetivos del diseño de la investigación. Esta tarea se realizó de forma sucesiva con cada uno de los diez grupos.

4.8.2. Análisis Inductivo.

El análisis inductivo se desarrolló en tres fases: definición de categorías, relaciones entre categorías y elaboración del mapa conceptual.

- Categorización.

Cada investigador, mediante el análisis inductivo ha identificado y definido las categorías de los contenidos e intencionalidad de los mensajes presentes en los párrafos de los discursos. Las categorías de los contenidos informativos responden a la pregunta ¿De qué se habla? y la definición de la intencionalidad del párrafo a ¿Cómo se habla?

El contenido, la definición y la asignación de las categorías a los párrafos fueron consensuados por tres investigadores en las sucesivas reuniones de trabajo. Esta técnica, denominada triangulación, ha sido utilizada para garantizar la imparcialidad de los resultados y salvaguardar la validez del estudio. Habitualmente los datos fueron coincidentes y los investigadores estaban de acuerdo con la catalogación, pero en los casos en que los resultados fueron discrepantes, se discutió hasta llegar a un consenso sobre la o las categorías más adecuadas al discurso analizado, enriqueciéndose

así los matices de la investigación. En caso contrario, si no se producía el acuerdo, se desechaba esa categoría.

La clasificación de los párrafos en función de la intencionalidad del mensaje emitido se realizó en cuatro categorías: necesidades de información, observaciones, mejoras expresadas y reivindicaciones.

La definición de las categorías se realizó teniendo en cuenta los significados de las expresiones de los participantes y el objetivo del estudio al que pertenecían. En ocasiones los términos de las categorías proceden de las palabras o frases utilizadas por los participantes en sus conversaciones o consensuadas por los investigadores durante el proceso de triangulación de los resultados, para expresar la esencia del contenido de los mensajes. Se utilizaron el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el diccionario médico Dorland y el catálogo de definiciones del Ministerio de Sanidad para resolver las dudas que surgieron en el proceso de categorización^{6,275,276}. La relación de las categorías de contenidos informativos se muestra en el Anexo VI.

Se consideró que había saturación de la información cuando los participantes de diferentes grupos se referían, en igual sentido, a los mismos contenidos o categorías de análisis.

Conforme se realizaban las reuniones con los grupos se elaboraba el informe de cada sesión con la asignación de párrafos a las categorías y sus conclusiones se incorporaban en un documento común con todos los párrafos y todas las categorías. Una vez consensuada la asignación de todos los párrafos a las categorías se registraron en la aplicación informática Nudist 6.0.

Los párrafos analizados pueden contener diferentes matices o acepciones a lo largo de su desarrollo. Por este motivo un mismo párrafo podía codificarse en varias categorías del mapa conceptual dependiendo de los contenidos y matices reconocidos y consensuados por los investigadores en el proceso de análisis de los resultados.

- Relaciones entre categorías.

Tras establecer las definiciones y las delimitaciones entre las categorías, se consensuaron las relaciones entre ellas y se agruparon en otras más amplias o generales según sus relaciones de semejanza o por sus diferencias en los contenidos. El carácter reflexivo, cíclico y abierto de la investigación cualitativa, permitió la elaboración, ordenación y ampliación de las relaciones entre las categorías de los resultados. De esta manera el proceso se repitió sucesivamente con cada grupo, elaborando un documento global con los resultados de todas las categorías identificadas y de sus relaciones (Anexo VI). Cada una de estas categorías ordenadas en el mapa se denomina nudo o nodo ya que sirven de punto de enlace o de separación que establece su similitud o su diferencia con las demás categorías. Los resultados de este proceso también se trasladaron al programa Nudist 6.0 para el posterior análisis de las categorías y su interrelación.

- Mapa conceptual.

El mapa conceptual (Anexo VII) es la imagen gráfica que representa las relaciones de dependencia o igualdad entre las categorías definidas. Este mapa de contenidos es el eje vertebral que describe los resultados encontrados en respuesta al diseño de la investigación que pregunta: ¿De qué se habla?, ¿Dónde se habla?, ¿Cómo se habla? El análisis con Nudist 6.0 además aportó información sobre ¿Cuánto se habla?

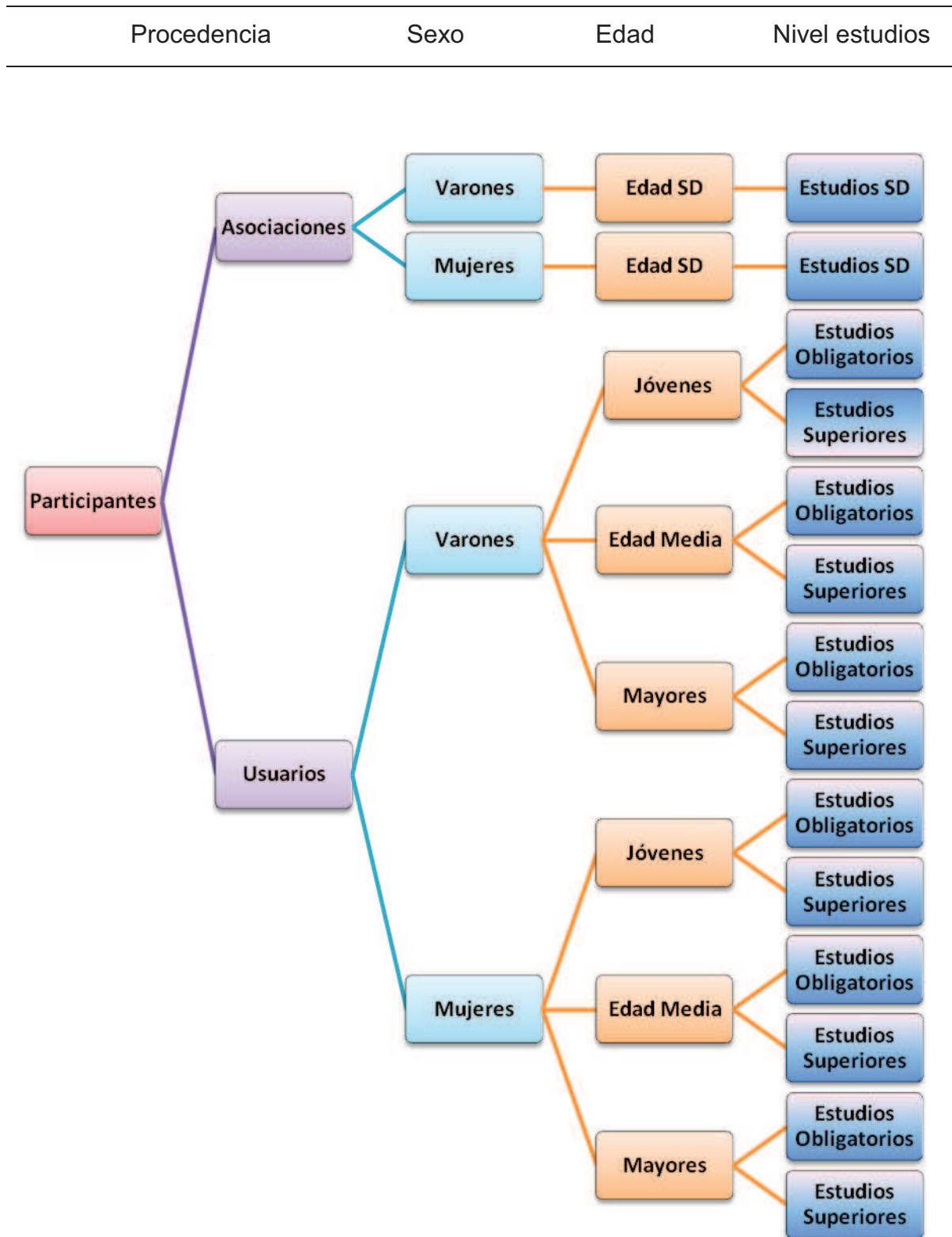
4.8.3. Análisis Lógico.

Por último, se acometió el análisis lógico de los resultados y se elaboraron las conclusiones contextualizadas en función de los objetivos del estudio, las variables estructurales y las categorías de contenidos e intencionalidad observada. Para ello se utilizó el programa Nudist 6.0 mediante el que se realizó un análisis detallado del mapa conceptual y de los contenidos de los discursos aportando información sobre ¿Cuánto se habla?

El análisis se estructuró en los siguientes apartados:

- Descripción detallada de las características, la composición y el tono de la conversación, así como de la intencionalidad percibida para cada grupo de discusión, seguido de un resumen de los contenidos del discurso narrativo.
- Valoración del discurso según las variables estructurales de la investigación, sexo, edad y nivel educativo de los participantes. También se valoró la existencia de posibles diferencias en función de si los participantes fueron captados a través de asociaciones o del sistema sanitario. Las combinaciones se muestran en la Figura 2.
- Estudio de la intencionalidad de las intervenciones clasificada, como se comentó anteriormente, en necesidad de información, observación, reivindicación y propuestas de mejora.
- Análisis de los contenidos temáticos principales que fueron: las necesidades de información sobre salud y enfermedad, las necesidades de información sobre servicios sanitarios de atención primaria, los medios informativos adecuados y las barreras a la información sanitaria.

Figura 2. Categorías de análisis según las variables estructurales de los grupos de discusión.



SD: Sin Determinar. Fuente: Elaboración propia.

4.9. Análisis de los discursos mediante el programa informático Nudist 6.0.

El análisis de los textos se ha realizado mediante el programa NUDIST 6.0. El nombre de NUDIST es el acrónimo de “Non-numerical, Unstructured, Data, Indexing, Searching and Theorizing” (datos no numéricos, no estructurados, indexar, registrar y teorizar). El programa permite hacer un análisis de datos cualitativos partiendo de datos textuales de cualquier tipo de documento escrito procedente de entrevistas, diarios, historias de vida y textos en general²⁴⁴.

Este programa soporta procesos de catalogación deductiva e inductiva, incluso ambas, lo que permite diseñar a priori un sistema de categorías desarrollado a partir de las teorías existentes o establecerlo sobre las bases objeto de estudio o bien sobre hipótesis o constructos que se han ido incorporando durante la recogida de información de la investigación. Al poder organizar la categoría de forma jerárquica permite a los investigadores observar las relaciones que existen entre los múltiples conceptos o categorías tratadas y compararlas.

Se ha utilizado el programa para agrupar y organizar la información de forma jerárquica, elaborar el mapa conceptual y establecer las relaciones de dependencia e interrelación entre ellas. A continuación, se realizó la codificación de cada párrafo de los textos transcritos a cada categoría o nudo del mapa correspondiente. Posteriormente se ordenaron los textos, según los criterios de búsqueda que se requerían para el análisis.

Se editaron informes con los párrafos de los textos codificados para cada contenido informativo e intencionalidad del mapa conceptual, según las variables estructurales. Los informes señalaban los párrafos y su localización en el discurso (la sesión, el participante y la línea del texto) así como el porcentaje que representan en el discurso de cada variable analizada y en el total de los párrafos de las diez sesiones estudiadas. Con los sucesivos informes se elaboraron los resultados que se presentan para cada categoría de análisis y cada variable estructural del estudio. De esta forma, el programa ha servido como herramienta para la elaboración de los resultados, tanto en las relaciones entre las categorías como en los contenidos de cada categoría. También ha permitido disponer de los textos literales asignados a cada

contenido, eligiendo entre ellos los más representativos que se muestran intercalados en la exposición de los resultados. Su principal utilidad, como herramienta en la elaboración de los resultados y posteriormente de las conclusiones, es garantizar la inclusión de todos los párrafos codificados previamente en el programa. Esto permite no olvidar las aportaciones novedosas en cada sesión. También detalla la saturación de la información recopilando los párrafos referidos a los mismos contenidos en las diferentes sesiones. Informa del tono del discurso según la intencionalidad codificada con mayor frecuencia. Además el proceso de elaboración de informes puede repetirse tantas veces como sea necesario completando así la circularidad del proceso investigador.

4.10. Criterios de calidad.

En esta investigación hemos considerado la veracidad como la característica de calidad más importante en la investigación cualitativa. Como se comentó en la introducción, este criterio valora la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad.

1.- La credibilidad. En esta investigación para garantizar la credibilidad se han descrito detalladamente los siguientes aspectos: La población objetivo del estudio, el procedimiento de acceso a los informantes clave, las variables estructurales de selección de la muestra de participantes y la definición, los límites y las relaciones entre las categorías temáticas.

2.- La transferibilidad. En la exposición de esta investigación se describe de forma detallada el sistema sanitario en el que se contextualiza la investigación, las características personales de los participantes, su procedencia y los criterios de selección utilizados para conformar los grupos.

3.- La dependencia. Durante el proceso de análisis de los resultados de cada sesión se tomaban decisiones y se elaboraron conclusiones que influyeron en el desarrollo siguiente. En relación con el análisis de contenidos presentamos la exhaustiva y progresiva definición de las categorías que van a ser analizadas. Se realizó una rigurosa búsqueda de esas categorías en los textos, así como la revisión por otros investigadores de la acotación de las

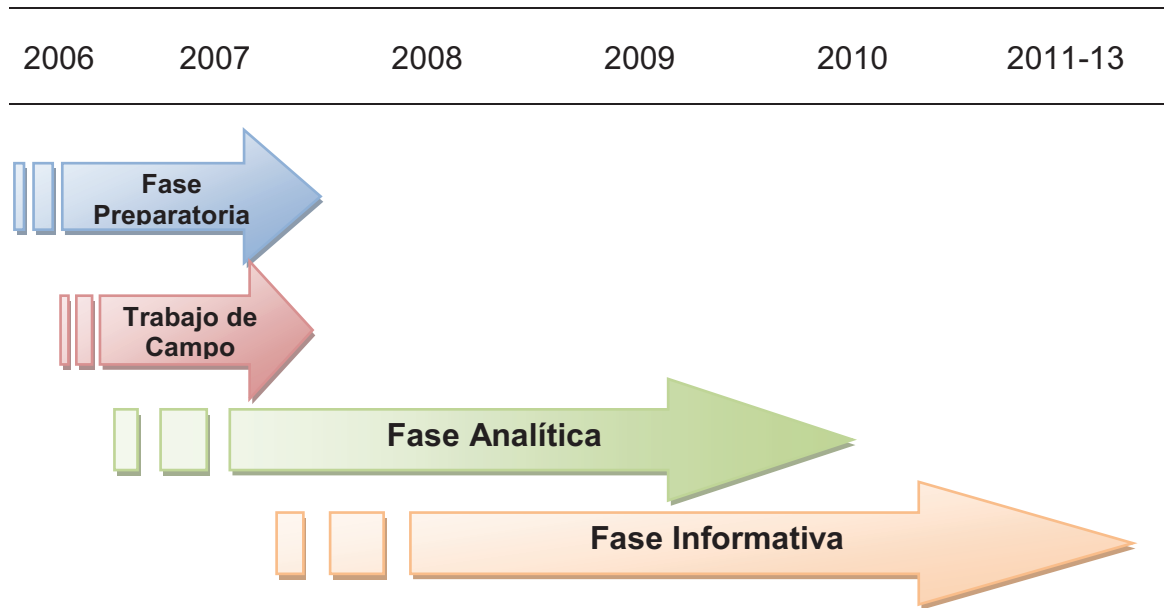
categorías y de su presencia en los documentos durante la triangulación de los resultados. De esta forma se pretende que los lectores puedan examinar y evaluar el proceso y sus resultados no tanto por la estabilidad de los datos obtenidos como por la consistencia de su lógica.

4.- La confirmabilidad. Para exponer, al criterio de otros investigadores, la confirmabilidad en este estudio se han incluido algunos textos literales y las reflexiones sobre la investigación. En la reflexión inicial la investigadora expone su motivación, su actitud personal y su posición ante el problema analizado. Con ello, se establece el marco de referencia que puede haber influido en la reconstrucción de los datos, de modo que el lector pueda evaluar el ajuste dato-interpretación, considerando su perspectiva. La reflexión continúa al justificar las decisiones tomadas en el desarrollo de la investigación al ampliar el número de grupos y al concluir la investigación. Además, la reproducción de fragmentos de texto original permite valorar al lector, la adecuada interpretación de los datos y contrastar la relación positiva entre el dato y la interpretación expuesta en los resultados.

4.11. Cronograma.

El periodo temporal de desarrollo de la investigación se inició en octubre de 2006 con la revisión bibliográfica y el diseño de la investigación. Continuó en diciembre de 2006 con la realización de los dos grupos de asociaciones. En el año 2007 se realizó la captación de contactos de usuarios y el desarrollo de los otros ocho grupos focales. Posteriormente se ha realizado el análisis de los datos, la elaboración de los informes de resultados y las conclusiones provisionales tras la celebración de cada una de las sesiones de los grupos de discusión. La elaboración de un documento global con todos los resultados se fue realizando de forma progresiva. El carácter cíclico de la investigación queda plasmado en las Figuras 3 y 4.

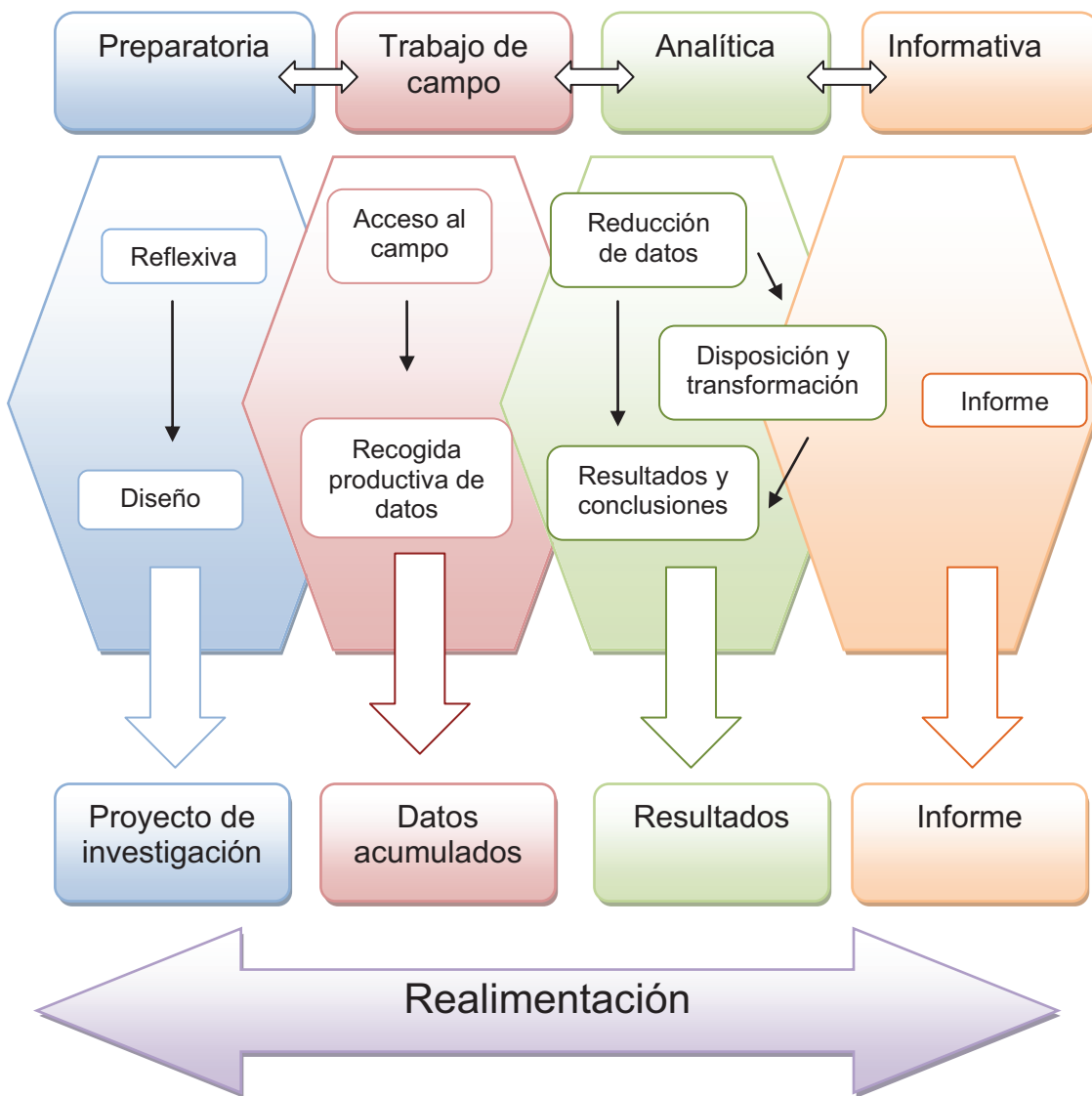
Figura 3. Cronograma de la investigación.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 4 se plasma la interacción que se produce entre las diferentes fases del proceso de la investigación cualitativa (preparatoria, trabajo de campo, fase analítica y fase informativa), que progresa a la vez que influye en las que le han precedido, confiriéndole un carácter circular e interactivo. Este proceso además se repite para grupo de discusión analizado, cuyos resultados influyen en los siguientes. En ocasiones inducen a la reflexión y a la introducción de cambios en el trabajo de campo, en la búsqueda de categorías y también en los informes de resultados provisionales, hasta cerrar la investigación y emitir su informe definitivo.

Figura 4. Fases del proceso de la investigación.



Fuente: Elaboración propia.

RESULTADOS

5. Resultados.

La exposición de los resultados se inicia con el detalle de la composición de los grupos, seguida del relato general del discurso de cada grupo y por las variables estructurales. A continuación se expone la definición de las categorías de análisis y su relación en el mapa conceptual. Por último, se describen los contenidos informativos acompañados de algunos textos literales representativos.

5.1. La composición de los grupos.

En total se han constituido diez grupos focales, dos formados por representantes de asociaciones de ciudadanos relacionados con el sector sanitario, y ocho por personas que habían acudido a su centro de salud en las semanas anteriores al estudio (Tabla 8). En los grupos de asociaciones participaron representantes de la Asociaciones Salmantina de Alcohólicos Rehabilitados, Asociación de Fibromialgia, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, Asociación de Enfermos Mentales Crónicos, Asociación Salmantina de Lupus y la Asociación Española Contra el Cáncer. La mayoría de los participantes fueron mujeres de edad media.

Para garantizar la saturación de la información, durante el desarrollo del trabajo se decidió aumentar a cuatro los grupos de edad media, por considerar que el rango de edad de este grupo era demasiado amplio.

Todos los EAP de Salamanca estuvieron representados al menos por un sujeto. Dieciocho personas que habían comprometido su asistencia no acudieron a la reunión.

Tabla 8. Composición de grupos de discusión según las variables estructurales.

Grupo discusión	Edad (años)	Nivel Educativo	Nº Asistentes (hombres / mujeres)
1	SD	SD	10 (3/7)
2	SD	SD	10 (1/9)
3	18-30	Superiores	11 (3/8)
4	31-64	Superiores	9 (4/5)
5	31-64	Obligatorios	7 (3/4)
6	65-80	Obligatorios	7 (3/4)
7	65-80	Superiores	10 (8/2)
8	31-64	Obligatorios	7 (3/4)
9	18-30	Obligatorios	4 (1/3)
10	31-64	Superiores	8 (4/4)

SD: Sin determinar. n= 83 participantes. Fuente: Elaboración propia.

5.2. El discurso de los grupos.

5.2.1. Grupos de Asociaciones. Sesiones 1 y 2.

Se realizaron dos grupos cada uno formado por diez representantes de diferentes asociaciones, algunas representadas por más de un miembro. Se realizaron el mismo día en horas diferentes.

Como principal elemento diferenciador destaca su carácter reivindicativo, tanto para recibir el máximo de información como para la atención y las prestaciones que consideran que se les deben procurar desde el sistema sanitario. Para todos ellos el protagonista del sistema es el paciente y así lo expresan a lo largo de sus intervenciones.

Consideran que si la información es adecuada se convierte en una inversión eficiente porque permite un buen uso de los servicios y en último término la mejora de la gestión del sistema. Cuando hablan de información la hacen extensiva a todos los aspectos de la atención tanto a los trámites administrativos, como a las prestaciones sanitarias y sociales. Solicitan información completa ante el diagnóstico de una enfermedad, entendiendo que de esta manera se favorece el manejo de la misma por el propio profesional, el paciente y sus familiares.

Sitúan a los profesionales de AP como filtro fiable ante la gran cantidad de información sobre salud y enfermedad que está disponible en los medios de comunicación y a través de las nuevas tecnologías. Reclaman mayor comunicación entre AP y AE, para que desde el primer nivel se les informe de todos los trámites asociados a una derivación, desde la elección del especialista apropiado, el tiempo de espera para esa atención y cualquier trámite que proceda.

Desarrollan un discurso de exigencia hacia los sanitarios encargados de atenderles. Reclaman conocer la cualificación de los profesionales para poder elegir aquellos mejor formados en su patología específica, y reivindican como un derecho el que los trabajadores reciban formación continuada y estén actualizados en los avances de las diferentes enfermedades. Esta cualificación la extienden a las habilidades de comunicación, y consideran que ésta es imprescindible para que la

información que llegue finalmente al usuario sea eficaz, incluso aseveran que una buena formación en comunicación determina un efecto “curativo” sobre el paciente, por ello insisten que es una habilidad exigible y llegando a proponer que sea inspeccionada e incentivada.

El discurso se extiende cuando se habla de estas habilidades, y llegan a identificar tres pilares fundamentales para garantizar la calidad de la misma: el tiempo empleado, la forma y el contenido del lenguaje. También solicitan la coordinación y el consenso de la información comunicada al paciente entre los distintos profesionales que le atienden.

Dentro del carácter reivindicativo de los grupos, varios representantes, especialmente los familiares de enfermos psiquiátricos y enfermedad de Alzheimer, insisten en la necesidad de que los pacientes sean atendidos de una manera integral y que se evite “etiquetar” a los mismos por su diagnóstico principal, quedando olvidadas otras actividades preventivas o la búsqueda de nuevas enfermedades.

En cuanto a los medios más adecuados para obtener información destacan la necesidad de poseer una guía escrita, con información práctica y actualizada sobre organización que permita ser consultada en casa cuando se necesite y para lo que se necesite.

El teléfono aparece en su discurso como otro medio excelente para obtener información, para ello demandan la creación de un servicio permanente de información telefónica, atendido por sanitarios.

Hacen especial referencia a los carteles informativos en el centro de salud con información sobre los profesionales, los servicios, las campañas sanitarias y las reuniones. Incluso aportan la posibilidad de disponer de pantallas audiovisuales en las salas de espera del centro de salud, para difundir la información mientras se permanece en el mismo.

También aparecen otros medios de información como televisión, radio e internet. Creen útiles las campañas, las charlas promovidas por organismos oficiales y los equipos de AP, los cursos, las revistas, los carteles y los folletos.

Consideran que la información que se obtiene directamente en la ventanilla del CS debería mejorar y que este punto debería ser atendido por personal cualificado y que incluya los recursos sociales tanto públicos como privados para favorecer “el trabajo en red” llegando a todos los que lo necesitan sin duplicar servicios.

En cuanto a los profesionales adecuados para transmitir la información reconocen principalmente a los sanitarios tanto médicos como enfermeras, y en segundo lugar a los educadores y los trabajadores sociales.

Reivindican la aportación especial de las asociaciones en la información que prestan a los pacientes y familiares que se acercan a ellas, y en la labor que realizan en el apoyo grupal, de acompañamiento, de escucha y el efecto positivo al compartir experiencias y conocer la evolución de situaciones semejantes.

Por último, resaltan la importancia de la información y atención a la población a través de sus representantes, en las decisiones que se tomen desde el sistema sanitario.

En resumen, reivindican al tiempo que reconocen una buena AP, se sienten orgullosos del sistema sanitario público del que se consideran propietarios con derechos y obligaciones, y proponen la promoción de la imagen del sistema sanitario público dando a conocer la calidad y adecuación de sus servicios, tal y como se realiza en la empresa privada.

5.2.2. Grupos de Usuarios.

5.2.2.1. Jóvenes estudios superiores. Sesión 3.

El grupo está compuesto por diez jóvenes con edades entre 18 y 30 años, que en su mayoría trabajan o están cursando estudios universitarios o de tercer ciclo. En algunos casos proceden de localidades y municipios de fuera de Salamanca y por ello desde el inicio de la conversación del grupo se hace especial

hincapié en la necesidad de información sobre la atención sanitaria a los desplazados.

Utilizan poco el sistema sanitario y su demanda de información se centra en conocer cómo utilizar el mismo por enfermedades agudas, trámites administrativos o por el uso del sistema por sus familiares.

Desean recibir información exhaustiva sobre la organización de los servicios, tanto de AP como de AE con el fin de comparar y poder decidir entre el sistema sanitario público o la sanidad privada.

El conocimiento de las actividades preventivas y los hábitos saludables ocupa un espacio importante en la conversación, y el grupo plantea la necesidad de que esta información sea personalizada en función de sus características personales o familiares. Además quieren conocer las actividades dirigidas a prevenir accidentes, tanto domésticos como de tráfico, y formación en primeros auxilios. En relación con la enfermedad solicitan información completa en el manejo de la misma y las medidas necesarias para evitar complicaciones.

No identifican un medio idóneo para transmitir la información porque entienden la necesidad de adaptarlo a las características de los distintos tipos de usuarios. Así, a los medios convencionales, añaden la utilidad de las nuevas tecnologías como internet y el correo electrónico, que pueden servir como fuente de información general o como específica por su capacidad para resolver dudas y orientar en la utilización de servicios de forma directa y rápida. Aportan como sugerencia novedosa la posibilidad de realizar una visita virtual al centro de salud para conocerlo incluso antes de acudir.

Entienden que recibir información es un derecho y enumeran varios aspectos fundamentales para conseguir este objetivo: la forma (el "trato"), el tiempo necesario para poder comunicarse y la

continuidad asistencial. Exigen la identificación del profesional que les atiende. Dan una importancia crucial a la información prestada por la persona con la que se contacta cuando se acercan al sistema sanitario, y les genera malestar y se convierte en motivo de reclamación cuando no se ajusta a sus expectativas. También reconocen que la falta de información sobre los derechos o los recursos hace que los usuarios demanden a los profesionales sanitarios prestaciones de forma poco adecuada y que no se corresponden a la realidad.

Sobre el lugar y el momento adecuado para obtener esta información señalan la limitación de que la misma se encuentre centralizada en el CS y proponen sacarla a otros espacios, porque su acercamiento a los servicios sanitarios se produce en general por motivos de enfermedad, y ello determina que la información recibida no sea aprovechada adecuadamente.

Por último, señalar que para estos usuarios la información no equivale a mejorar la salud pero sí es el paso previo imprescindible para utilizar los servicios sanitarios de forma adecuada, ordenada y responsable.

5.2.2.2. Jóvenes estudios obligatorios. Sesión 9.

Cuatro son los jóvenes que forman este grupo. No fue posible formar un grupo más numeroso a pesar del interés en ello. Por una parte al ser poco frequentadores el número de contactos fue menor, y posteriormente cuando se les solicitó su participación la mayoría declinó la invitación. Además el día de la reunión no asistió más que la mitad de los que confirmaron que acudirían a la misma.

En general han asistido de manera ocasional a la consulta por enfermedad aguda o accidente. Consideran que gozan de buena salud y no necesitan atención sanitaria, y cuando se sienten enfermos, quieren una atención rápida que les solucione el problema y por ello la buscan en los servicios de urgencias de AP o

del Hospital, pese a ello expresan quejas en relación con estos servicios especialmente sobre la falta de continuidad asistencial y la falta de coordinación de la información.

La necesidad de solicitar cita, tanto por teléfono como en el mostrador y la posibilidad de tener que esperar se convierten en barreras.

En contraposición con el grupo de jóvenes de estudios superiores, no muestran interés ni inquietud por las actividades preventivas ni por los cuidados de salud.

Como canales para que la información se transmita enumeran los comentados por los grupos anteriores, sin embargo luego expresan que estos medios deberían ser diferentes según las características individuales, porque para algunos la información escrita no les sirve porque la lectura no entra en sus hábitos, para otros la televisión no es útil porque no la ven, y solamente uno es usuario de internet.

Aunque les parece que la información está muy centralizada en el CS y por tanto sólo llega a los que allí acuden es el conocimiento a lo largo de los años y la cercanía de la relación lo que hace que nombren como agente principal trasmisor de la misma a los médicos de AP con los que consultan la información de salud que les llega a través de otros canales.

Sí les parece accesible el área administrativa para la realización de trámites burocráticos, aunque insisten en las dificultades de accesibilidad telefónica y de las esperas en el mostrador. Sorprende que pese a su escasa asistencia al centro echen en falta un aspecto cualitativo en la información en la libre elección de médico y que ésta se limite únicamente a un listado de nombres.

Conocen la organización del CS y la existencia de algunos servicios de apoyo, pero los profesionales de enfermería y de trabajo social son prácticamente desconocidos.

En general están satisfechos con los servicios de AP y mencionan la presencia del ordenador percibiendo una doble función, por un lado agiliza las tareas burocráticas y por otro, es un problema en caso de avería del sistema y es por ello que valoran que se mantenga el registro en papel.

5.2.2.3. Edad media estudios superiores. Sesiones 4 y 10.

Se formaron dos grupos, el primero de nueve y el segundo de ocho personas.

En el primero las edades estaban comprendidas entre los 31 y los 64 años, y uno de los miembros estaba prejubilado por lo que su percepción de la sanidad era diferente a la de los otros asistentes. En el segundo grupo el rango de edades se encontraba entre 45 y 55 años.

En los dos grupos aparece el interés por tener información pormenorizada y actualizada de la organización y los servicios que se ofertan en los CS, para poder hacer un uso adecuado de los mismos y mejorar su rendimiento.

Existe en ellos la preocupación por las actividades preventivas y muestran especial interés por conocer las características de las enfermedades, tanto agudas como crónicas, con el objetivo de poder detectarlas precozmente, e introducen el papel de los educadores en la transmisión de esta información, e incluso en la identificación por parte de estos profesionales de problemas de salud en los niños, como déficits de audición o visión.

Consideran beneficioso el aumento de conocimiento de la población general sobre las causas y las consecuencias de las enfermedades así como la identificación de los grupos de riesgo para desarrollar las mismas. Por ello, solicitan como en otros grupos, información sobre los síntomas precoces de alarma o sospecha de enfermedades para que de esta manera el paciente se pueda implicar más en este despistaje. En esta misma línea se

extienden en la importancia de la educación en la prevención, tanto en hábitos higiénicos saludables como en medidas que eviten la transmisión de enfermedades infecciosas.

Esta educación creen que debe ser abordada por diferentes colectivos tanto sanitarios (médicos, enfermería, pediatría, farmacéuticos), como también maestros y ocasionalmente conocidos o familiares.

Sin embargo, cuando se centran en la información personalizada de la propia enfermedad se expresan de diferente manera. Para algunos es importante una información completa, y en cambio otros entienden que la información debe ser muy medida y que es el paciente el que debe demandarla, y se debe adecuar a su personalidad y a su ritmo de aceptación. Así se atribuye al médico un papel regulador de la información prestadas, debiendo ésta estar adaptada tanto en la forma como en el contenido.

Aquellos participantes que desean tener toda la información detallan de manera exhaustiva el qué y el cómo de la misma. Debe realizarse de manera oral y escrita, y el contenido debe ir dirigido a que el paciente pueda tomar decisiones de manera competente. Entienden que el médico de AP en ocasiones no posee toda la información y se necesita la aportación de la AE, aunque su experiencia es bastante negativa en cuanto a la información recibida en este nivel.

Igual que existen divergencias en la cantidad de contenido que se debe recibir respecto a la propia enfermedad, el grupo considera que es el paciente el que debe recibir esta información, sin embargo surge alguna idea paternalista en relación a que la familia como receptora de esta información pueda modular la cantidad que se le dé al paciente. Sí señalan que la desinformación puede causar mayor perjuicio y preocupación que la propia información.

La técnica comunicativa empleada puede favorecer o dificultar la comprensión del mensaje. Reconocen que el estilo de la comunicación y la relación médico paciente dependen de la variabilidad profesional, y describen perfiles de médicos proclives a informar y otros reacios a ello. Como medida de mejora proponen formar a los profesionales en estas materias para que sirvan de ayuda en la elección del momento, el lugar y el ambiente más adecuado para esta importante función. Reconocen un cambio de actitudes y sospechan que los sanitarios se están formando para mejorarlo. Señalan la necesidad de motivar, reconocer y recompensar la labor de estos profesionales para obtener un resultado óptimo en su quehacer. La excesiva carga de trabajo burocrática se ve como una dificultad para la información.

El tiempo es un ingrediente imprescindible en la labor de información. Consideran que la falta de tiempo es una barrera importante para la buena atención, y entienden, y en ocasiones disculpan, los retrasos porque ni todas las consultas ni todos los pacientes necesitan el mismo tiempo; sin embargo creen que se debe tener en cuenta el tiempo que ellos pierden cuando se producen retrasos, porque tienen que buscar un equilibrio para acudir a las consultas con el resto de sus actividades. También demandan una adaptación del horario para conciliar con las necesidades familiares, sociales y laborales.

En el reparto de responsabilidades de los retrasos el grupo apunta a la presencia de los sistemas informáticos y la adaptación de cada profesional a su uso.

En los dos grupos se comenta la atención a las urgencias durante el horario laboral y se propone como mejora la existencia de un sistema de atención a las urgencias diferente a la consulta habitual.

La atención prestada por parte de los servicios especializados y el hospital ocupa una parte del discurso. Advierten la falta de

visión integral del paciente por los especialistas y además constatan que éstos disponen de menos tiempo para la atención y la información. Solicitan que exista coordinación en el reparto de funciones a la hora de informar al usuario, y que mejore la comunicación interna entre los distintos profesionales que atienden al usuario, para que exista homogeneidad en sus mensajes.

En cuanto a los canales para obtener información, se comentan, como en todos los grupos, los medios de comunicación masivos e internet, pero se expresa una queja en relación con la descoordinación que aprecian en los mensajes emitidos por éstos y los folletos encontrados en los CS. Dan importancia a las campañas sanitarias en estos medios, aunque entienden que es necesaria la persistencia de las mismas para que tengan efectividad. Solicitan que su médico de AP les aconseje sobre la información sobre salud obtenida en internet, y sugieren que se ponga límites a la información en la red ya que ni resulta fácil interpretar lo que se encuentra, ni parece que esto ayude a los pacientes.

Es demandada y valorada positivamente la información disponible en el CS, los carteles y folletos escritos sobre enfermedades, servicios y programas de salud, así como las cartas personales sobre actividades preventivas programadas o el buzoneo, y las reuniones que se realizan en el mismo. Ante la falta de interés por algunos usuarios por leer la información escrita comentan la utilización de otros medios como el mp3.

Aunque la mayoría conocen y han utilizado los servicios del CS para trámites administrativos insisten en la necesidad de que la información referente a los mismos sea lo más clara y exhaustiva posible.

La principal queja se centra en la falta de accesibilidad telefónica y en la sensación de falta de tiempo de los profesionales.

Las mejoras expresadas más singulares son la instalación de pantallas audiovisuales en las salas de espera que informen sobre servicios o salud; avisar con mensajes a móviles de los tiempos de espera o las demoras para entrar a las consultas; instaurar la citación a la consulta a través de internet; la automatización de las citas telefónicas y la disminución de la burocracia de las consultas.

El grupo insiste en destacar su satisfacción general con la información recibida y la posibilidad de participar en este tipo de intervenciones para que se escuche su opinión con el fin de mejorar el sistema sanitario, del que se sienten copropietarios y por lo tanto responsables, con derechos en su utilización y buen funcionamiento.

5.2.2.4. Edad media estudios obligatorios. Sesión 5 y 8.

Los grupos de estas dos sesiones estaban ambos formados por siete personas cada uno con edades comprendidas entre 31 y 64 años y entre 50 y 60 años.

Como en otros grupos demuestran interés por tener información sobre actividades preventivas de manera general y específica según grupos de edad y sexo. Consideran las revisiones periódicas o chequeos como algo fundamental, expresando que si se realizan por algunas empresas y mutuas sobre sus trabajadores por ser consideradas beneficiosas deberían generalizarse a toda la población. Sin embargo entienden que pese a que estas actividades han mejorado en la AP, los recursos son escasos, y apuntan a que estas acciones deben realizarse de una manera oportunista sobre la población que acude poco a consulta cuando lo hacen por otros motivos.

Como en los demás grupos aparecen posiciones antagónicas al hablar de una enfermedad determinada. Por un lado desean obtener la máxima información sobre ella, pero por otro se muestran abrumados por el exceso de responsabilidad que supone

tener tanta y el deber aparejado de aplicar los cuidados que necesita. Solicitan que la información llegue al enfermo y a la familia.

En este grupo aparece la figura del cuidador familiar y la dificultad que ello conlleva cuando deben enfrentarse a esta situación por la sobrecarga familiar que genera la necesidad de prestar cuidados y de obtener los recursos sanitarios cuando se precisan.

Reconocen la falta que tienen de información sobre la organización del propio CS y de otros servicios del Área, y piensan que el mejor conocimiento de estos permitiría una utilización más adecuada. Es la organización de los servicios de urgencias la que les genera más dudas, y admiten que el abuso de las urgencias hospitalarias puede estar en relación con la falta de conocimiento de la organización de las mismas en AP. Proponen mejorar la información telefónica que reciben sobre las citas y las urgencias.

Demandan, como en otros grupos, el derecho a conocer a los miembros de EAP y que estos se identifiquen.

Como usuarios habituales les preocupa la existencia de listas de espera tanto en las consultas de AP como en AE, y los retrasos en la realización de pruebas complementarias. También lamentan las esperas para entrar en consulta y para ello proponen, además de sacar las consultas burocráticas de este horario, crear una figura que atienda las urgencias que se generen sin cita previa.

Expresan la necesidad de tener información sobre trámites administrativos. Son plenamente conscientes de que sin información no podrán utilizar los recursos.

Consideran como principal fuente de información la recibida directamente en consulta y destacan al colectivo de enfermería, especialmente por su tarea en la educación de los pacientes con enfermedades crónicas. Otros lugares de información directa son la farmacia, los conocidos y los familiares.

En este grupo se reitera la enumeración de los medios de información ubicados en el CS y también se menciona la limitación de que sólo llegan a la población que acude. Las campañas publicitarias aunque muy costosas las consideran muy efectivas por llegar a gran parte de la población que acude al mismo. Mencionan los medios de comunicación y consideran que las nuevas tecnologías mejoran la accesibilidad a la información.

Entre las barreras a la información señalan las dificultades en la accesibilidad telefónica y las esperas en el mostrador. Reclaman un punto centralizado de información en AP y personal capacitado para esta función.

Dentro de los obstáculos para la información, como en otros grupos, aparece la falta de tiempo, el diferente trato y la forma de llevar a cabo la comunicación. Para ellos es fundamental la existencia de una relación de confianza y un trato adecuado tanto en la forma como en el contenido. Además de la verbal, consideran un derecho tener la información por escrito y llegan a establecer una equivalencia entre información adecuada y atención adecuada.

Reconocen la ayuda que representa la utilización de herramientas informáticas para la burocracia de la consulta y para el acceso a la información del paciente, pero también señalan el perjuicio que suponen las averías proponiendo mejorar y agilizar su asistencia técnica.

En relación a la AE solicitan información cualificada de los profesionales para poder ejercer la libre elección, una información más completa sobre las derivaciones y una mayor implicación en la selección del especialista al que se le deriva. A pesar de no ser objeto de la reunión, apuntan deficiencias en la información que reciben en AE porque “ordenan y no explican”.

Ambos grupos manifiestan su satisfacción por los cambios que han supuesto una mejora en la información que reciben en el CS y por el cambio en el modelo de relación médico paciente con

mayor protagonismo de los pacientes. Además expresan un sentimiento de pertenencia y propiedad del sistema sanitario público que les hace responsables de su uso adecuado para evitar lo que denominan “el colapso o la quiebra” del sistema.

Proponen aumentar los recursos económicos, es decir los presupuestos para AP para aumentar los medios humanos (sanitarios y no sanitarios) y reducir el número de pacientes por consulta, consiguiendo así mejorar los servicios especialmente los preventivos. Sugieren medidas de mejora para reducir la burocracia de las consultas como la receta anual a crónicos, los microchips de tratamientos con acceso informático en la tarjeta sanitaria que consigan agilizar el servicio. La estabilidad y continuidad de los profesionales, tanto médicos, como enfermería y administrativos favorece la atención, facilita la información y previene los fallos en el sistema, denunciando que un exceso en el cambio de médicos impide la libre elección.

5.2.2.5. Mayores estudios superiores. Sesión 7.

Las diez personas que formaron este grupo se mostraron interesadas en esta investigación por su disponibilidad de tiempo y amplia experiencia en la utilización de los servicios sanitarios y consideraron que su aportación sería interesante.

El grupo, apuesta por el papel protagonista del sanitario en la organización y normas de utilización de los servicios, aspecto que no es reconocido por ninguno de los otros grupos, que proponen como centro del sistema al usuario. Reclaman respeto, disciplina y educación en el uso de estos servicios.

El grupo se extiende hablando de la importancia de la historia clínica como eje fundamental de la comunicación y la relación médico paciente, por entender que es un documento elaborado de manera compartida por el médico, la enfermera y el paciente, que garantiza la actualización de datos y la evolución de los

acontecimientos. Se muestran satisfechos con la informatización de la misma. Recuerdan el valor insustituible en el ejercicio de la medicina de la escucha activa, para preguntar el dato necesario y llegar a poder conocer, sospechar e interpretar adecuadamente las necesidades del paciente.

Hacen numerosas especificaciones sobre el tiempo necesario en las consultas y entienden que éste se ve influenciado por múltiples factores dependientes del usuario, del sanitario y del entorno o la organización. Reclaman más tiempo para las personas mayores por ser éstos más lentos tanto en el movimiento, como en las habilidades de comunicación, tardando más en expresarse, en preguntar, en contestar, e incluso en comprender.

También el motivo de consulta es modificador del consumo del tiempo, existiendo problemas de rápida resolución y otros que por su complejidad necesitan mucho más. También creen que la consulta se ha convertido en un punto de encuentro donde se acude a comentar o incluso a pedir opinión por temas no estrictamente médicos, siendo esta una causa del retraso.

Por último, el diferente estilo del médico influye en la gestión del tiempo. Perciben que cuando les atiende el profesional habitual la gestión es más rápida, por lo que reclaman que sea valorada la continuidad profesional y las habilidades o capacidades del médico para la comunicación.

Han comprobado que el personal de enfermería está menos saturado y ello favorece que la confianza con este colectivo esté aumentando y se le consulte cada vez más. Proponen la distribución de tareas y el trabajo en equipo, como mejora de la gestión y la atención a los pacientes.

Cuando se refieren a las barreras de comunicación vuelven a comentar las relacionadas con el tiempo, así señalan como obstáculos las prisas, las aglomeraciones de pacientes en las salas de espera, los retrasos para entrar en las consultas, etc. El médico

“con prisa, que no escucha, que mira el reloj, etc.” consigue que sus pacientes dejen para otro día las consultas que no son extremadamente urgentes, o bien por el contrario, “el día que hay poco jaleo aprovecho para otros motivos de consulta que tenía atrasados”.

Se reconoce al ordenador como una mejora que agiliza los trámites y valoran muy positivamente la ampliación de servicios en los EAP.

En las necesidades de información este grupo señala como los anteriores ser informado en relación con las actividades preventivas pero especialmente de las enfermedades que pueden afectarles. Creen que es necesaria una mayor coordinación médico-enfermería y una adecuada utilización de las urgencias por los pacientes.

Comentan los retrasos en la hora de atención, pero no es una postura generalizada del grupo y para muchos la espera no es excesiva. Sí proponen que se les envíe información para recordarles citas concertadas con antelación.

El grupo señala el problema que les ha ocasionado el cambio reciente y masivo de sus fármacos a genéricos. Lo comprenden por motivos económicos de sostenibilidad del sistema sanitario, pero expresan que causa dificultades y confusiones en las personas mayores. Proponen que sin renunciar al motivo económico, se introduzcan modificaciones que eviten estos perjuicios.

Las listas de espera para las consultas de AP son motivo de preocupación por su parecido desagradable con la situación de AE. Creen que la accesibilidad está garantizada en caso de ser necesaria, y pueden entender la demora en el contexto de las consultas programadas de revisión de crónicos o de tareas burocráticas como las recetas, pero nunca cuando se solicita una consulta por motivo clínico ya que dicen “si pides cita es porque necesitas ir”.

Hay una queja repetida en relación con la accesibilidad telefónica para pedir cita, asistencia e información. Sí consideran adecuada y accesible la información y las explicaciones que reciben, una vez que consiguen contactar en el área administrativa.

Entre los medios más adecuados para informar señalan la información directa y personalizada en la consulta, el correo postal, carteles en el centro de salud y medios de comunicación convencionales como radio, televisión y prensa escrita como el diario de la farmacia y el diario médico. Los profesionales que les informan son el médico y la enfermera, el área administrativa y la farmacia.

Por último, como hemos visto en los otros grupos, se muestran satisfechos con el sistema sanitario de AP y centran sus quejas en la AE que es referente inevitable en la conversación. El grupo manifiesta su malestar y se crea polémica en torno a la sospecha del trato preferente prestado a los usuarios, si éstos conocen a alguien que trabaje en el sistema, incluso en obviar la lista de espera.

Solicitan más recursos económicos para mejorar los resultados con un aumento de los recursos humanos que optimice la ratio médico/paciente y de los recursos materiales, especialmente con mayor espacio para consultas, más hospitales para atender las urgencias y más servicios de apoyo en los CS.

5.2.2.6. Mayores estudios obligatorios. Sesión 6.

El grupo está formado por siete personas. Se muestran satisfechos con la AP y la mayoría acuden con asiduidad al CS por padecer enfermedades crónicas que precisan revisiones periódicas, por lo que conocen bien su organización y los servicios disponibles.

También este grupo se muestra interesado por recibir información completa y actualizada de actividades preventivas,

enfermedades y organización de la atención en el CS y en el sistema sanitario en general.

Además de lo apuntado por otros grupos consideran que hay escasa información o interés sobre la relación entre las drogas, el alcohol y los accidentes de tráfico en los jóvenes, solidarizándose con padres, maestros y autoridades en la dificultad de manejar estos problemas. Se atreven a enunciar causas como los cambios en las costumbres de la sociedad y en la organización de las familias, así como las limitaciones de los padres y educadores para mantener el respeto y la autoridad en la educación de sus hijos, por la protección al menor establecida legalmente que no ha tenido un desarrollo paralelo de otras habilidades en estos colectivos. Todos coinciden en la necesidad de la educación desde la infancia.

En relación a la información sobre la enfermedad confirman su deseo semejante al de otros grupos de obtener una información completa, pero alguien muestra desconfianza hacia los médicos porque encuentra informaciones contradictorias con las que llegan por otros canales como los prospectos o los medios de comunicación. Sin embargo, se reconoce a la AP como puerta de entrada y primer contacto con el sistema sanitario ante cualquier problema de salud, y su papel de organizador de la atención y de regulador de la utilización de las prestaciones y los servicios por el usuario.

Reconocen la responsabilidad del paciente en el cuidado de su salud. Opinan que tener información favorece este cuidado, pero ello no es suficiente y es necesaria una actitud de cambio en los hábitos. Se refieren a las dificultades económicas como un obstáculo para seguir las recomendaciones especialmente en la alimentación por entender que los alimentos saludables son más costosos.

Como en los discursos ya analizados demandan información completa de los servicios y su organización, así como de los

diferentes trámites administrativos relacionados con la asistencia. También reclaman el derecho a tener una información cualificada de los profesionales para poder elegir médico tanto de familia como especialista.

Expresan cierto temor a la presentación de reclamaciones por considerarlo algo negativo o como un factor que pondría en peligro su atención.

Valoran positivamente la atención a las urgencias en AP por su rapidez y coordinación con el nivel hospitalario en caso de gravedad, y se quejan de los retrasos cuando tienen que ser atendidos en el segundo nivel, reconociendo que en muchas ocasiones la causa está en el mal uso de estos servicios. Además, como en el grupo anterior, señalan trato de favor cuando se conoce a alguien de dentro del sistema.

Vuelve a surgir el tiempo como la gran barrera para obtener una buena información y apuntan la diferente percepción subjetiva del mismo, siendo siempre muy largo en la espera y muy breve durante la atención. Coinciden con el grupo de su edad en la sensación de que en múltiples ocasiones los pacientes acuden a consulta, no por motivos clínicos, sino sólo porque necesitan hablar y ser escuchados.

Explican la escasez de tiempo disponible por el elevado número de pacientes adscritos por médico, y ven como una consecuencia de ello la aparición de listas de espera para las consultas de AP, que no dejan de ser percibidas como una barrera importante en la accesibilidad.

Entre los favorecedores de la información, destacan la atención personalizada que genera cercanía y confianza. Notan que la ausencia de los profesionales titulares retrasa la atención. Afirman que siempre que han solicitado información la han recibido, y como en otros grupos hacen equivaler buena información con buena atención, y entienden que la variabilidad personal de los

profesionales sanitarios o administrativos en la forma de informar. La informatización de las consultas les parece una ayuda, aunque sujeta a la destreza del profesional y al albur de las averías

Parece inevitable la referencia a la AE con quejas semejantes a las ya comentadas, tanto en relación a la organización como a la escasez de la información, tanto en calidad como en cantidad.

El grupo, además de señalar los medios ya comentados anteriormente especifican cuál es la forma y el lugar más adecuados en función de lo que se quiere transmitir, así eligen la consulta, tanto a través de la palabra oral o escrita para información sobre la enfermedad y sus cuidados, y los carteles y los folletos en el CS para informar sobre los servicios disponibles, los horarios y los lugares de atención tanto ordinaria como de urgencias, también reclaman señalización física en el CS. Desean poder acceder a libros, folletos y carteles sobre cuidados de salud y actividades preventivas. Sin embargo esta información siempre estará limitada a los que acuden y a la variabilidad del interés de cada persona.

Los medios de comunicación de masas, radio y televisión, aunque la información no sea completa ni personalizada, les parecen muy apropiados y solicitan un programa local en televisión con información sobre salud y enfermedad.

Dentro de la propuesta de mejoras quieren un servicio permanente de atención a urgencias en los centros de salud.

Finalmente hacen una autocrítica y opinan que hay usuarios exigentes que lo quieren todo sin esperar y olvidan el respeto que debe tenerse en las salas de espera de los CS.

Quedan muy satisfechos de la reunión y les parece muy importante para que se tengan en cuenta sus opiniones.

5.3. El discurso por variables estructurales e intencionalidad del mensaje.

Resultados según la procedencia de participantes. La diferencia fundamental según la procedencia del grupo, asociaciones o usuarios, fue el carácter eminentemente reivindicativo de los primeros, al mismo tiempo que aportaron información novedosa acerca de las demandas de información que los enfermos realizan a las asociaciones y a la necesidad de trabajar coordinados tanto los servicios públicos como los privados en la atención a los enfermos.

Resultados por sexo. Las mujeres asistieron de manera mayoritaria en casi todos los grupos, excepto en el grupo de mayores con estudios superiores (Tabla 8) y su participación fue mayor en todas las categorías de contenidos. Aunque las diferencias en el discurso no son muy importantes, sí se detectan pequeñas variaciones en las percepciones de las barreras, dando más importancia los varones al trato y el ambiente en el que se desarrolla la comunicación mientras que las mujeres insisten más en los contenidos informativos.

Resultados por edad. Los jóvenes realizan el menor número de intervenciones excepto cuando se refieren a los medios de información, siendo su discurso el que constituye casi la cuarta parte del total. Consultan poco con el sistema sanitario y cuando lo hacen buscan una respuesta rápida por ello usan más los servicios de urgencias. Los de estudios superiores además solicitan información sobre las condiciones del servicio, los plazos y la disponibilidad de los mismos, lo que les permita optar por el sistema más adecuado a sus necesidades.

Los participantes de edad media fueron los más numerosos y aportaron más de la mitad de los contenidos. Solicitan información especialmente sobre actividades preventivas, signos de alarma que ayuden al diagnóstico precoz e inciden en la necesidad de la educación sanitaria desde la infancia. Además las mujeres de edad media y estudios obligatorios requieren más información para los cuidadores de enfermos crónicos.

Los pacientes más mayores se centran principalmente en las necesidades de información sobre salud y enfermedad y en las barreras a la información. A

ellos les interesa más la atención concreta a las enfermedades que ya padecen y las posibles barreras para el acceso a la información y a la atención. Coinciden además en este grupo de edad la alusión a la importancia de la historia clínica y el respeto hacia los profesionales del sistema sanitario.

Resultados por nivel de estudios. La participación de los grupos con estudios obligatorios es mayor, emitiendo más de la mitad de las intervenciones de todos los contenidos y especialmente en las necesidades de información sobre recursos sanitarios (66,3%) y sobre salud y enfermedad (56%). Los participantes con estudios superiores realizan intervenciones más extensas y ambos recorren todos los contenidos informativos sin grandes diferencias.

Resultados por intencionalidad de los mensajes. Los tipos de mensajes emitidos varían en función del contenido tratado en las conversaciones, así en las barreras a la información se emiten mayoritariamente observaciones (68%), seguidas de reivindicaciones (14,1%). Las necesidades de información predominan en los otros tres contenidos especialmente en las alusiones a salud y enfermedad (64,5%). Los medios de información ocupan el mayor número de aportaciones de mejora (18%). Cuando se habla de información sobre recursos sanitarios de atención primaria las intervenciones se reparte entre necesidades de información (47,5%) y observaciones (36%).

5.4. La definición de categorías, su ordenación y la elaboración del mapa conceptual de resultados.

Las variables estructurales de la muestra, ya descritas previamente, establecen las primeras categorías de análisis o nodos del mapa de resultados. Como se muestra en la Figura 2 la primera categoría de análisis es la procedencia y la segunda es el sexo. Las siguientes se aplican sólo a usuarios (edad y estudios) resultando catorce categorías de análisis.

A cada uno de estos se aplica el mapa de contenidos, elaborado tras la definición de las categorías (Anexo VI) y su ordenación en el mapa conceptual que se muestra el Anexo VII, siendo éste el eje vertebral en el que se estructura la exposición y el análisis de los resultados de contenidos.

Cuatro son los principales contenidos generales del discurso que corresponden a las preguntas planteadas para la discusión:

- las necesidades de información sobre salud y enfermedad.
- las necesidades de información sobre los servicios sanitarios.
- los medios de información.
- las barreras en el acceso a la información.

En la Figura 5 se muestra el diagrama general explicativo de las categorías de resultados. El discurso global se centra fundamentalmente en las referencias a las barreras a la información del sistema sanitario de AP con más de la mitad de los párrafos emitidos. En segundo lugar aparecen las referencias a las necesidades de información sobre los servicios sanitarios de AP. El tercer lugar es ocupado por las referencias a los medios de información más adecuados y en último lugar detallan las necesidades de información sobre salud y enfermedad. Tabla 9.

Estas cuatro categorías se ordenan en otras diecisiete subcategorías que se agrupan en otras muchas subcategorías hasta con seis niveles de dependencia en algunos contenidos. Estos contenidos aun siendo excluyentes entre sí, en ocasiones se enlazan apareciendo referidos en varios apartados evidenciando su interrelación y carácter cíclico.

Tabla 9. Frecuencia de nodos, líneas y párrafos según el contenido informativo.

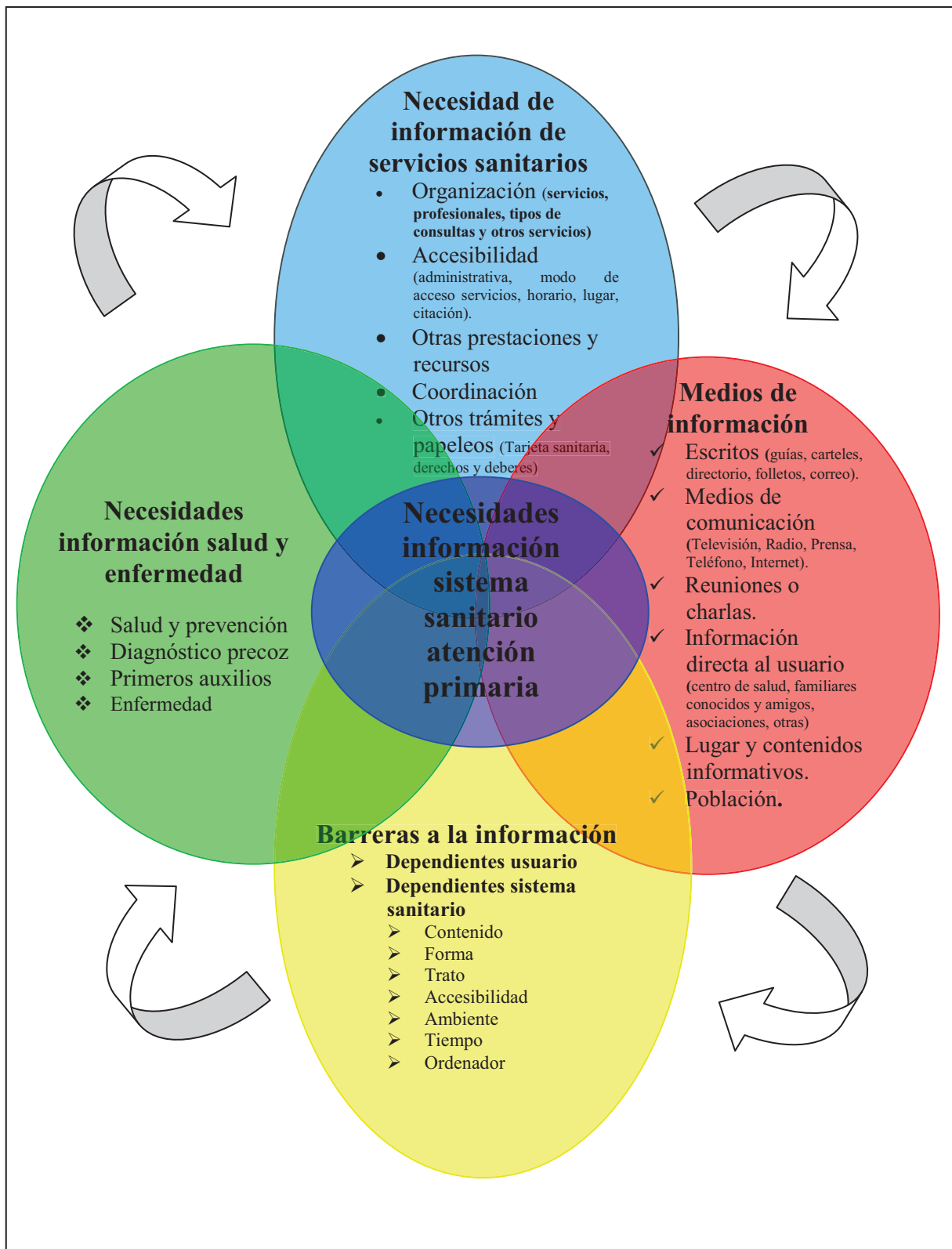
	Nodos n (%)	Líneas n (%)	Párrafos n (%)
Salud y enfermedad	294 (17,7%)	4625 (56,2%)	784 (28,7%)
Servicios Sanitarios	350 (21.1%)	4708 (52,7%)	991 (36,3%)
Medios de información	370 (22.4%)	4164 (50,6%)	833 (30.5%)
Barreras información	498 (30%)	7728 (93.9%)	1632 (59,8%)

Fuente: Elaboración propia.

En último lugar se asigna a cada párrafo la intencionalidad de su emisión, si se expresa una necesidad de información, una observación, si tiene carácter reivindicativo o si por el contrario se trata de una propuesta de mejora.

La disposición de las categorías del mapa de resultados definitivo elaborado con el programa Nudist incluye 30594 nodos o posibilidades de codificación. Se manejaron un total de 4240 párrafos, cuyo contenido tras la triangulación entre los tres investigadores, se consideró pertinente para la investigación. Cada párrafo podía ser codificado en varias categorías si en su desarrollo incluía comentarios que aludían a varios contenidos o varias intencionalidades. Estos párrafos han sido codificados en 1512 nodos del mapa de resultados. La extensión total de los párrafos contiene 21225 líneas de texto.

Figura 5. Diagrama general explicativo de las categorías resultados.



Fuente: Elaboración Propia

5.5. Los contenidos informativos, su análisis, su distribución y algunos textos representativos.

Siguiendo el mapa conceptual a continuación se detallan los resultados del análisis de los contenidos informativos. En la exposición se intercalan, entre comillas y cursiva, algunas frases literales de los participantes. Al inicio de la frase se indica el código numérico anónimo, asignado al participante que la emite. Al final de la frase se señala el grupo de discusión, la procedencia de la población, el sexo, la edad y el nivel de estudios en el que se ha emitido, así como la línea del texto original en el que puede localizarse esa intervención.

5.5.1. Necesidades de información sobre salud y enfermedad.

5.5.1.1. Análisis general descriptivo.

El análisis con Nudist muestra que la relación de estos contenidos informativos con el total de los textos analizados es de 294 nodos en el mapa conceptual (17,7%), 784 párrafos (28,7%) y 4625 líneas (56,2%).

Los tipos de mensaje emitidos, como puede observarse en la Tabla 10, corresponden mayoritariamente a necesidades de información, seguidos de observaciones y llama la atención que el 8,3% han sido catalogados como comentarios reivindicativos, en último lugar aparecen las propuestas de mejora.

Las aportaciones realizadas por las mujeres son algo más numerosas que las emitidas por varones. Este resultado es concordante con el mayor número de mujeres presentes en los grupos. Las mujeres se muestran más reivindicativas mientras que los hombres emiten más observaciones (Tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre salud y enfermedad en AP, según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

		Tipo Mensaje				Total n (%)†
		Necesidad Información n (%)*	Observación n (%)*	Reivindicación n (%)*	Mejora n (%)*	
Participantes	Asociaciones	85 (61,6%)	32 (23,2%)	19 (13,8%)	2 (1,4%)	138 (17,6%)
	Usuarios	421 (65,2%)	166 (25,7%)	46 (7,1%)	13 (2,0%)	646 (82,4%)
Sexo	Hombre	210 (57,7%)	123 (33,8%)	24 (6,6%)	7 (1,9%)	364 (46,4%)
	Mujer	296 (70,5%)	75 (17,9%)	41 (9,7%)	8 (1,9%)	420 (53,6%)
Total		506 (64,5%)	198 (25,3%)	65 (8,3%)	15 (1,9%)	784 (100%)
Edad	Jóvenes	91 (87,5%)	8 (7,7%)	1 (1,0%)	4 (3,8%)	104 (16,1%)
	Edad Media	181 (55,8%)	89 (27,5%)	45 (13,9%)	9 (2,8%)	324 (50,2%)
	Mayores	149 (68,3%)	69 (31,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	218 (33,7%)
Nivel Estudios	Obligatorios	221 (61,2%)	89 (24,7%)	42 (11,6%)	9 (2,5%)	361 (55,9%)
	Superiores	200 (70,2%)	77 (27,0%)	4 (1,4%)	4 (1,4%)	285 (44,1%)
Total		421 (65,2%)	166 (25,7%)	46 (7,1%)	13 (2,0%)	646 (100%)

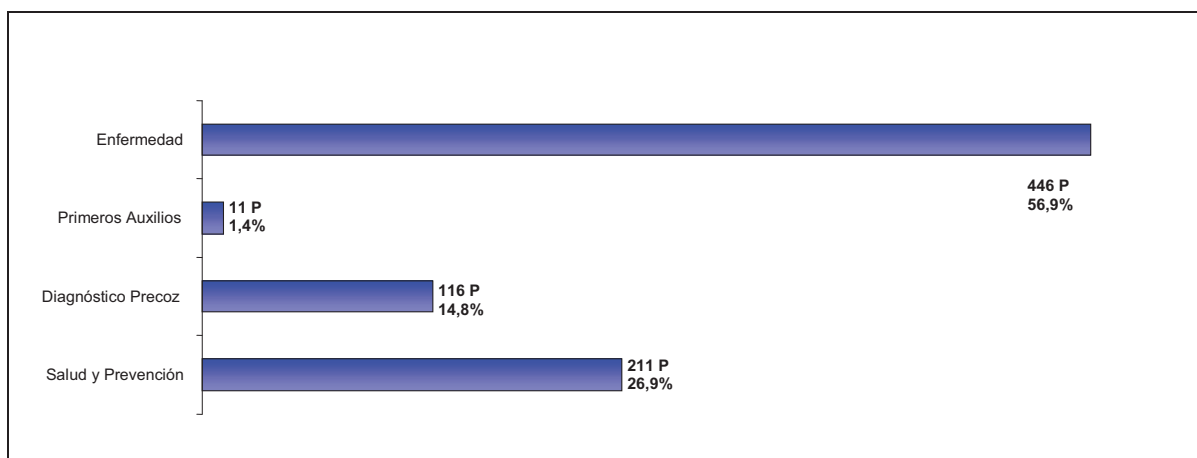
*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración propia.

Los participantes de edad media expresan la mitad de las opiniones, seguidos por los mayores. Aunque globalmente son mayoritarios los contenidos referentes a las necesidades de información en el análisis del tipo de mensajes, el grupo de edad media es el que muestra un carácter más reivindicativo observándose esta misma característica en el grupo de las asociaciones. Los jóvenes expresan más necesidades de información y propuestas de mejora. Los mayores realizan exclusivamente solicitudes de información y observaciones (Tabla 10).

Atendiendo al nivel de estudios son más numerosas las intervenciones del grupo de estudios obligatorios frente al de estudios superiores, pero en extensión de la conversación es mayor el número de líneas codificadas de estos últimos. Los participantes de estudios obligatorios aportan mayor número de mensajes sobre mejoras mostrando también un talante más reivindicativo, mientras que los del grupo con estudios superiores aportan mayor número de intervenciones catalogadas como necesidades de información y observaciones (Tabla 10).

Los contenidos informativos en el apartado de salud y enfermedad se organizan en cuatro subcategorías referidas a salud y prevención, diagnóstico precoz, primeros auxilios y enfermedad. Más de la mitad de la conversación se refiere a la necesidad de obtener información sobre la enfermedad; la cuarta parte se dedica a temas de prevención, seguida a mayor distancia por los referidos al diagnóstico precoz. Los resultados por contenidos informativos se muestran en la Figura 6 y más detalladamente en la Tabla 11.

Figura 6. Distribución de frecuencias de los párrafos según las subcategorías salud y enfermedad.



N= 784. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de Información de salud y enfermedad en AP.

Salud y enfermedad	Párrafos n=784	%
Salud y prevención	211	26,9
Hábitos saludables	72	9,2
Alimentación	41	5,3
Nutrición	35	4,5
Dietas	6	0,8
Ejercicio	4	0,5
SD	27	3,4
Hábitos perjudiciales	64	8,2
Tabaco	5	0,6
Alcohol	16	2,1
Drogas	25	3,2
SD	18	2,3
Actividades preventivas	47	6,0
Vacunas	22	2,8
Gripe	6	0,8
SD	16	2,0
Accidentes	4	0,5
Otras	5	0,6
Malformaciones en la gestación	3	0,4
Planificación familiar	1	0,1
Factores de Riesgo	1	0,1
SD	16	2,0
Otros	5	0,6
Enfermedades de riesgo	4	0,5
Antecedentes Familiares	1	0,1
S D	23	2,9

SD: Sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de Información de salud y enfermedad en AP. (Continuación I).

Salud y enfermedad	Párrafos n=784	%
Diagnóstico Precoz	116	14,8
Chequeos o revisiones	83	10,6
Frecuencia	16	2,0
Tipo	10	1,3
Individualizado	50	6,4
SD	7	0,9
Signos de alerta	21	2,7
Cáncer	12	1,5
Mama	1	0,1
Piel	1	0,1
SD	10	1,3
Demencia	9	1,2
SD	12	1,5
Primeros Auxilios	11	1,4
Accidentes	9	1,2
Tráfico	2	0,3
Domésticos	1	0,1
Laborales	4	0,5
Atragantamientos	2	0,3
Desvanecimientos	1	0,1
SD	1	0,1
Enfermedad	446	56,9
Frecuentes y banales	28	3,6
Diagnóstico	8	1,0
Tratamiento	16	2,0
Manejo	5	0,6
Farmacológico	11	1,4
SD	4	0,5
Enfermedad específica	396	50,5
Síntomas	31	4,0
Qué síntomas	18	2,3
Causas síntomas	7	0,9
SD	6	0,8
Diagnóstico	85	10,8
Evolución	40	5,1
Aguda-crónica	8	1,0
Complicaciones	30	3,8
SD	2	0,3
Pronóstico	27	3,4
Gravedad	1	0,1
Revisiones-seguimiento	26	3,3
Frecuencia	18	2,3
Contenidos	3	0,4
Resultados	4	0,5
SD	1	0,1

SD: Sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de Información de salud y enfermedad en AP. (Continuación II).

Salud y enfermedad	Párrafos N=784	%
Enfermedad	446	56,9
Tratamiento	125	15,9
Cuidados	33	4,2
Alimentación	6	0,8
Hábitos	4	0,5
Modo de vida	3	0,4
Recursos complementarios	7	0,9
Cuidados Preventivos	12	1,5
Cuidados Paliativos	1	0,1
Farmacológico	75	9,6
Efectos secundarios	7	0,9
Interacciones	1	0,1
Retirada fármacos	2	0,3
Modificaciones tratamientos	16	2,0
Genéricos	16	2,0
SD	33	4,3
Opciones tratamiento	5	0,6
SD	12	1,5
Derivaciones AE	29	3,7
Motivo derivación	17	2,1
Libre elección especialista	9	1,2
Listas espera	2	0,3
Información cualificada	2	0,3
SD	5	0,6
SD	3	0,4
Efecto etiqueta	25	3,2
Información a Familiares	34	4,3
Otros recursos disponibles	15	1,9
Públicos	4	0,5
Privados	6	0,8
SD	5	0,6
Enfermedades que preocupan	7	0,9

SD: Sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 12 se muestran los resultados de contenidos informativos detallados según las variables estructurales de análisis. Los grupos de asociaciones ocupan su conversación mayoritariamente en la enfermedad, seguidos a gran distancia del diagnóstico precoz, la salud y prevención. Los primeros auxilios interesan exclusivamente a los jóvenes especialmente a los de estudios superiores.

El análisis de contenidos por sexo indica que para ambos la enfermedad ocupa la primera posición con ligero predominio en las mujeres, seguidos de los contenidos referidos a salud y prevención, esta tendencia cambia en el diagnóstico precoz que suscita el doble de intervenciones en varones que en mujeres.

Por nivel de estudios en ambos son numerosas las intervenciones sobre enfermedad con ligero predominio en los participantes con estudios superiores, en segunda posición aparecen los contenidos de salud y prevención que son más reiterados en los participantes con estudios obligatorios.

Por edad los participantes mayores emiten en primer lugar mensajes relacionados con la salud y prevención seguidos muy de cerca por los contenidos en relación con las enfermedades. Los participantes de edad media y jóvenes debaten en primer lugar sobre las enfermedades, pero la segunda posición es en el grupo de edad media para el diagnóstico precoz mientras que en los jóvenes esta posición la ocupan los contenidos que aluden a salud y prevención.

Tabla 12. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre salud y enfermedad en AP, según el contenido informativo y las variables estructurales.

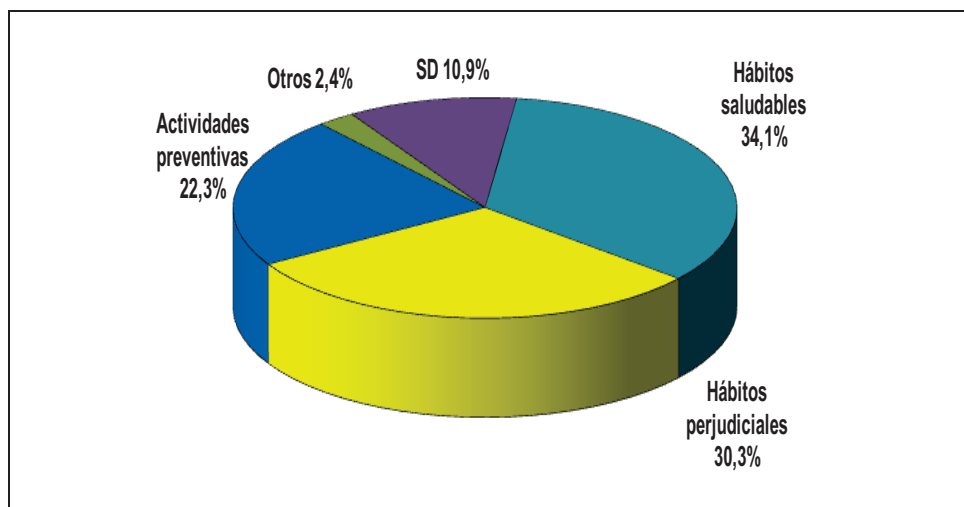
		Contenido Informativo				Total n (%)†
		Salud y prevención n (%)*	Diagnóstico precoz n (%)*	Primeros auxilios n (%)*	Enfermedad n (%)*	
Participantes	Asociaciones	5 (3,6%)	11 (8,0%)	0 (0,0%)	122 (88,4%)	138 (17,6%)
	Usuarios	206 (31,9%)	105 (16,3%)	11 (1,7%)	324 (50,1%)	646 (82,4%)
Sexo	Hombre	86 (23,6%)	74 (20,3%)	7 (1,9%)	197 (54,2%)	364 (46,4%)
	Mujer	125 (29,8%)	42 (10,0%)	4 (1,0%)	249 (59,2%)	420 (53,6%)
Total		211 (26,9%)	116 (14,8%)	11 (1,4%)	446 (56,9%)	784 (100%)
Edad	Jóvenes	28 (26,9%)	25 (24,0%)	11 (10,6%)	40 (38,5%)	104 (16,1%)
	Edad Media	63 (19,4%)	77 (23,8%)	0 (0,0%)	184 (56,8%)	324 (50,2%)
	Mayores	115 (52,8%)	3 (1,4%)	0 (0,0%)	100 (45,8%)	218 (33,7%)
Nivel Estudios	Obligatorios	138 (38,2%)	57 (15,8%)	1 (0,3%)	165 (45,7%)	361 (55,9%)
	Superiores	68 (23,9%)	48 (16,8%)	10 (3,5%)	159 (55,8%)	285 (44,1%)
Total		206 (31,9%)	105 (16,3%)	11 (1,7%)	324 (50,1%)	646 (100%)

*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración propia. Fuente: Elaboración propia.

5.5.1.2. Salud y prevención.

De los 211 párrafos que identifican esta subcategoría se distribuyen de la siguiente manera: un tercio hace referencia a estilos saludables, otro tercio a hábitos perjudiciales, una quinta parte a actividades preventivas y el resto en otros conceptos como los antecedentes familiares y el riesgo para padecer enfermedades. Figura 7.

Figura 7. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de salud y prevención.



N= 211. SD: Sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

Los contenidos de salud y prevención son expresados especialmente por los usuarios mayores, con estudios obligatorios y mujeres (Tabla 12).

Los participantes otorgan importancia a la prevención en general. Opinan que deben tener información que les permita mantener su salud e incluso evitar la aparición de enfermedades y accidentes. Evitar enfermedades se traduce para ellos en reducir el sufrimiento y el gasto que causa tanto para los pacientes como para el sistema sanitario.

Reflexionan sobre la necesidad de estar informados y la responsabilidad personal en la utilización de dichos conocimientos

para el mantenimiento de la salud hace que no sean conceptos equivalentes.

Se reivindica un papel activo del sistema sanitario de AP en la tarea de información a los usuarios en los contactos ocasionales y oportunistas de estos por otros motivos. Esta labor, la resaltan como un aspecto especialmente relevante, para los grupos de población que frecuenta poco el sistema sanitario como es el caso de los jóvenes.

“8:..., y si tenemos todos claro y si el sistema de administración sanitaria lo tiene, que prevenir es ganar tiempo y ganar salud de antemano, desde prácticamente al nacer,...”.

(S3/Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/154)

“2:... lo más importante para todo el mundo es una labor preventiva, ..., entonces yo creo que los médicos de Atención Primaria deberían hacer más hincapié, en este momento en la medicina preventiva, pues que antes de que llegue una enfermedad, poder diagnosticarla,...”.

(S8/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/5)

En torno a los hábitos saludables aparecen múltiples comentarios en relación con la alimentación, el ejercicio, la lactancia materna y el cuidado de la dentadura, conversando ampliamente sobre ideas de nutrición y dietas en todos los grupos. En el grupo de mayores se comentan las dificultades económicas que han tenido en ocasiones para seguir las recomendaciones recibidas. El ejercicio se identifica como herramienta fundamental para el cuidado de la salud en el mismo rango de importancia que la alimentación.

“1: ..., a los niños, ya se les enseña, pues eso, lo de la alimentación, que es muy importante, pues eso el lavarse los dientes, para mantener”.

(S10/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/95)

“3: ... me dice, tienes que comer, pues esto, pichones, merluza blanca, jamón ibérico, le digo, oiga, si cobra uno treinta y tres pesetas, ...”.

(S6/Usuarios/Hombre/Mayores/Obligatorios/805)

Se identifican 47 párrafos relacionados con actividades preventivas de los cuales la mayoría (46,8%, -22P-) hacen referencia a vacunas, el 8,5% a la prevención de accidentes y el resto se reparte en diferentes epígrafes: prevención de

malformaciones durante la gestación, la planificación familiar y la detección de factores de riesgo.

La vacunación ocupa un lugar preferente como actividad preventiva, conocida y apreciada por los usuarios. Opinan que para el éxito de estas actividades preventivas es fundamental la información institucional, con amplio despliegue en los medios informativos masivos. Por ejemplo se habla de cómo la continuidad en el tiempo de las sucesivas campañas de vacunación antigripal, ha generado confianza en los usuarios aportando valor añadido a esta actividad preventiva, que se ha ido consolidando y aumentando su cobertura.

También demandan información sobre otras vacunaciones de adultos que precisan pautas de actualización o recuerdo. Surgen referencias a vacunas nuevas, dando gran importancia a obtener información sobre ellas por los médicos de AP. Refieren el seguimiento exhaustivo que se realiza en el sistema sanitario para completar las vacunaciones iniciadas por diferentes motivos como los viajes al extranjero.

La necesidad de información sobre las donaciones de sangre y para la prevención de accidentes, especialmente los de tráfico, pero sin olvidar los domésticos y laborales, aparece en el discurso de los jóvenes. Debaten sobre la responsabilidad personal en el uso que se hace de la información de las conductas de prevención. Opinan que la información debe estar disponible para todos, aunque posteriormente, cada persona determina aplicarla en su rutina cuando alcanza la motivación, la necesidad o el convencimiento suficiente. Reconocen que este momento es diferente para cada persona.

Las mujeres jóvenes solicitan información para la prevención de malformaciones durante la gestación. Confirman que la información está disponible en el CS y se ofrece en los controles periódicos durante el embarazo, pero reivindican una información

activa y oportunista a los grupos de población que por sus características pueden necesitarla y que no son usuarios habituales.

“1: ... por ejemplo una vacuna, que hace años la pusieron, la gripe antes existía, lo normal, vamos, ahora hoy en día se vacuna un montón de gente, ...”.

(S4/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/639)

“11:..., yo creo que la información, esa idea, en general, la percibimos, en el momento que nos toca por alguna razón en concreto, ..., pero hay otras muchas que a no ser que tú tengas una relación más o menos cercana, o tengas más o menos un problema, no la tienes en cuenta”.

(S3/Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/941)

“3:..., a mí no me llega información, de cómo prevenir posibles malformaciones, o qué tengo que hacer para cuidarme, o cosas así, o sea, que yo estoy sana, pero estoy dentro de un grupo que puede demandar una serie de cosas, para prevenir...”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/87)

Conocen ampliamente la repercusión para la salud de los hábitos perjudiciales como el tabaco, alcohol y otras drogas. En el grupo de mayores de estudios obligatorios conversan sobre la influencia de estos factores en los jóvenes y la preocupación que tienen por su salud en el futuro.

“6: De la droga y de la droga, también convenían que hablaran.

5: Eso lo están ocultando, sólo dicen los hombres y las mujeres, pero no dicen los muchachos que se están muriendo por la droga, que están como locos, a cuenta de la droga, pero de eso no se habla nada...”.

(S6/Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/827)

Solicitan información referente a los riesgos de padecer enfermedades según la edad, los síntomas y los tratamientos.

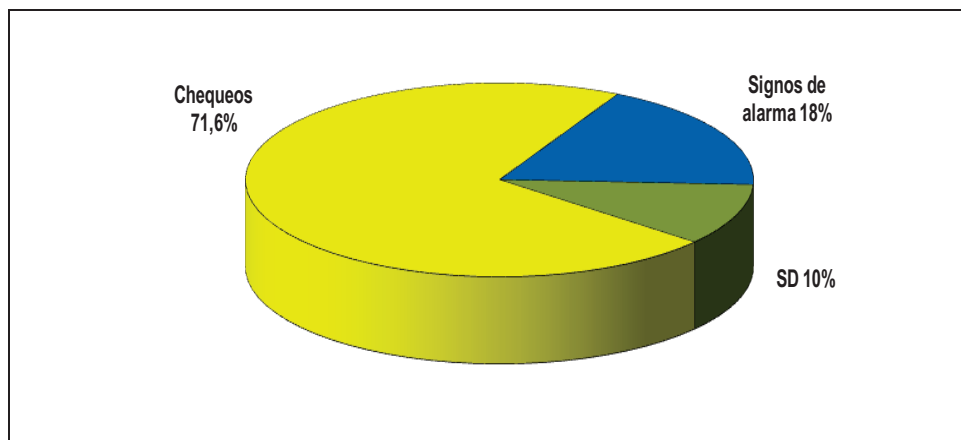
“5: Sí, yo pienso que no sólo cuando una persona está enferma, sino que yo qué sé, en cada edad, en los niños, jóvenes, mayores, tienen unos ciertos riesgos de padecer ciertas enfermedades, entonces yo creo que deberían de ser informados”.

(S10/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/14)

5.5.1.3. Diagnóstico precoz.

En relación con el diagnóstico precoz aparecen dos conceptos diferenciados: los chequeos o revisiones, que ocupa las dos terceras partes de las intervenciones, y los signos y síntomas de alerta. Figura 8.

Figura 8. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de diagnóstico precoz.



N= 116. SD: Sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

Este contenido ocupa la tercera posición en frecuencia relativa de comentarios, se expresa especialmente en los grupos de usuarios; el doble en varones que en mujeres. Por edad interesa más a los jóvenes y a los de edad media, no encontrando diferencias en relación con el nivel de estudios (Tabla 12).

La importancia que otorgan a los chequeos o revisiones para los adultos se muestra de forma repetida en las conversaciones, solicitando que sean similares a las realizadas a los niños o por algunas empresas a sus trabajadores. Hacen múltiples apreciaciones en relación a la frecuencia, el tipo o contenido de las exploraciones. Consideran que deben ser personalizadas en función de la edad, el sexo, los factores de riesgo y los antecedentes personales y familiares. Su frecuencia anual, como en las empresas y las exploraciones en función de las recomendaciones para las características de las personas. Se reitera en esta ocasión la solicitud de un papel activo del sistema sanitario que se dirija a la población y le informe sobre las actividades a realizar. La efectividad de estas intervenciones en la mejora del pronóstico para los pacientes justifica, en su opinión, su realización, a pesar del coste que generan.

“11: ..., porque hay veces que las cosas no las haces, o porque no las sabes, porque si es el propio centro de salud, el que te dice, pues hágase usted su

revisión anual, pues mire usted, puede usted pasar tal día y tal hora, o si no fijela tal día, o si no llámenos... ”.

(S3/Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/182)

“1:... al igual que en las empresas existen chequeos, chequeos, ¿por qué en la empresa existen chequeos, todos los años? ...sin embargo, ese chequeo, ¿qué? Es muy costoso, porque la sanidad no te va a costear todo eso, pero si es un chequeo esencial, anualmente, como lo hacen las empresas, que en mi empresa se han detectado muchas enfermedades y de muchos compañeros, ... ”.

(S10/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/190)

“3:..., no sé, a mí me parece que es curioso que a los niños se les haga un chequeo en cuanto nacen y luego las pautas de vacunación, hasta un momento, y en aquel momento, cero, o sea que no hay nada o no hay unos chequeos, ..., a veces la gente está enferma y no lo sabe ”.

(S2/Asociaciones/Mujer/14)

Otra necesidad de información que expresan es la referida a signos y síntomas de alerta relacionados especialmente con enfermedades graves como las demencias y el cáncer, señalando el de mama, cuello uterino, próstata y piel. La demencia es considerada importante en relación a la dedicación y al sufrimiento que genera en los cuidadores de los enfermos, y aparece en los grupos de asociaciones, de edad media y mayores.

La idea repetida es que la detección precoz de la enfermedad minimiza la gravedad, facilita la posibilidad de curación o retrasa el deterioro a través del inicio del tratamiento también más precoz. Por ello, solicitan protocolos unificados de diagnóstico ante síntomas de alerta que aceleren los trámites necesarios para establecer el mismo.

“3: Qué síntomas puedes sentir o algo así”.

(S5/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/162)

“5:..., a mí me parece que hay una cosa muy importante sería estar un poco atentos a la detección, ... a veces las cosas se pillan cuando ya están muy, muy encima y... a lo mejor los síntomas te están avisando de algunas patologías”.

(S2/Asociaciones/Mujer/56)

“4: ... cuando se lo quieren diagnosticar, pasa un año, empiezan a detectar ..., una pérdida de memoria de cara al médico, pero como pide una cita al médico, al especialista, realmente, una persona, ya te digo, cuando te diagnostican el Alzheimer, es un año, año y medio..., es una enfermedad que ..., si se detecta muy tarde, es peor que si se detecta pronto, porque hay veces, vamos, la medicina no te la para, pero te ayuda”.

(S4/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/273)

“6:..., un protocolo de actuación ... , y se pueda detectar lo antes posible, ... ”.

5.5.1.4. Primeros auxilios.

También aparece como una necesidad el obtener información sobre primeros auxilios ante accidentes y desvanecimientos.

Este contenido es exclusivo de los participantes jóvenes y entre ellos en los de estudios superiores. Estos jóvenes quieren conocer cómo actuar al ser testigos de estas situaciones de urgencia. La preocupación nace de una doble dimensión que relatan de forma muy fiel a la realidad. Por un lado la necesidad de evitar un daño añadido si se actúa mal y por otro evitar un daño mayor por no actuar con rapidez.

Se interesan preferentemente por los accidentes de tráfico, dada su frecuencia y gravedad, pero también por los domésticos y los laborales. Se refieren así mismo a otras situaciones urgentes como los atragantamientos y las caídas por traumatismos casuales. Por último, solicitan conocer cómo deben actuar en el caso ser testigo de desvanecimientos sin causa aparente.

“11: El tema más claro, es el de los accidentes de tráfico, es que ahí la mayoría de la gente no tiene ni idea, hoy te encuentras con un accidente de tráfico y te puedes cargar a una persona, si no sabes,..., o mejor no lo intentes...”

(S3/Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/547)

“11:... tú te encuentras con un anciano, qué hacer y qué no hacer..., hay muchas reacciones, que pueden exigir que con cosas muy básicas, a lo mejor te salva la vida a una persona,...”

(S3/Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/521)

“9: Una cosa más sencilla, y que se da mucho, una persona que se atraganta, y todo el mundo tiende a darle por detrás, palmadas. Sí, cosas sencillas, pero que en un momento crucial...”

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/superiores/552)

5.5.1.5. Enfermedad.

El eje central de las necesidades de información de esta categoría es la enfermedad. Se contabilizan un total de 446 párrafos, más de la mitad de los de esta subcategoría, que se agrupan en cuatro subcategorías diferentes: necesidades de información en relación con enfermedades frecuentes y banales (6,3%); las relacionadas con una enfermedad concreta (88,9%); la necesidad de conocer todos los recursos disponibles para esa enfermedad (3,4%), y por último otro grupo de enfermedades que causan mayor preocupación (1,6%).

Este contenido es expresado mayoritariamente por los participantes de las asociaciones (88,4% de sus párrafos, frente al 50,1% de media de los usuarios de CS). Se muestra también un ligero predominio en mujeres frente a varones (59,2% y 56,8% de los párrafos respectivamente), así como en los participantes de edad media y mayores (56,8% y 45,8% de sus párrafos) y en los que poseen un nivel de estudios superiores (55,8% de los párrafos).

Las necesidades de información sobre enfermedades frecuentes y banales (28 párrafos) se aglutinan en conocer la prevención, los síntomas, los criterios de diagnóstico y su manejo tanto con remedios naturales como con el tratamiento farmacológico. Solicitan también información sobre los datos de alarma que hagan necesario consultar con el servicio de salud y su manejo en el contexto de una enfermedad crónica.

“5: Si es algo pasajero que se te quita con cualquier cosa”.

(S8/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/171)

“3: Sobre mi enfermedad y cómo mejorarla de cara a que llegue la primavera, pues que me digan, pues no sé, qué tipo de cosas tengo que seguir,..., Pues a mí me gustaría que me explicara, ... para qué las tengo que tomar, lo que me pasa, o por qué me ha pasado esto,...”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/243)

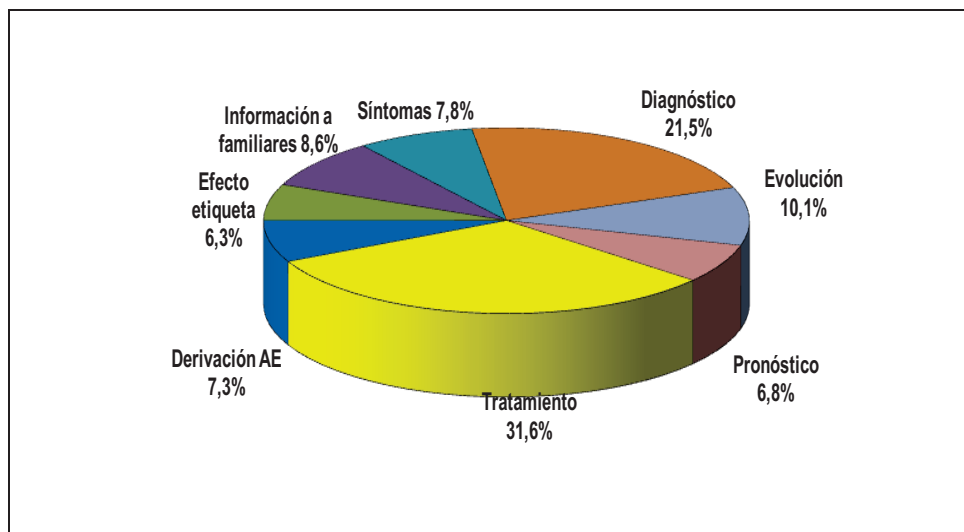
“3:..., pero yo creo que también hay que tener en cuenta, que a parte de la enfermedad, o lo que tengan diagnosticado, pueden tener..., cualquier cosa que podemos tener cualquier persona, como puede ser un catarro o cualquier otra

infección, y cuando se va a veces que todo se aplica a la patología diagnosticada y se le olvida eso otro,...”.

(S1/Asociaciones/Mujer/313)

La enfermedad específica diagnosticada ocupa la mayor parte de la conversación con 396 párrafos. (Figura 9) e incluye todos los posibles apartados: los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento, la evolución, las revisiones y el pronóstico. Se llega, en algunos casos, a solicitar informaciones que no siempre están disponibles ni para los profesionales ya que todavía forman parte de la investigación. Las derivaciones a la AE; el efecto etiqueta de los diagnósticos previos o la edad de los pacientes, y la información a los familiares completan los aspectos abordados en esta subcategoría.

Figura 9. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de enfermedad específica.



N= 396. Fuente: Elaboración propia.

Destaca en primer lugar la importancia que se da a la información sobre el tratamiento, seguida de la dedicada al diagnóstico, ocupando entre ambos más de la mitad de las aportaciones, seguidas a mayor distancia por la información sobre la evolución, la información a los familiares y los síntomas.

Como ya se ha comentado, la cantidad de información que se debe ofrecer sobre la enfermedad diagnosticada es motivo de debate con dos posiciones diferentes, contrarias y antagónicas,

que conviven y conversan en los mismos grupos. Por un lado está la posición de los que quieren saberlo todo sobre su enfermedad y desean ser los primeros en tener la información. En la otra posición están los que opinan que en ocasiones el enfermo no quiere saber o aún no está preparado para saber y hay que respetarle los tiempos y las solicitudes de información en un proceso más largo de la relación médico paciente. Esta información debe aportarse en AP o AE dependiendo de las características de la enfermedad.

“4: Pues yo creo que toda. Toda, primero en advertir, y segundo en el tratamiento, ..., ni más, ni menos, todo lo que afecte a todo lo que esté relacionado con la enfermedad, todo, o sea, no dejar nada a la duda del usuario...”

(S10/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/2)

“8... y tú estás en tu derecho de exigir a ese facultativo a que te proporcione toda la información, ..., a que te proporcione toda la orientación posible, sobre la enfermedad que tú tienes...”

(S10/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/70)

El diagnóstico de la enfermedad es el eje fundamental alrededor del cual se solicita información en todos los grupos. Los jóvenes quieren conocer las causas de los síntomas y los mecanismos que utilizan los tratamientos para solucionarlos, no alcanzar esta expectativa se percibe con desconfianza sobre lo que interpretan como “tratamientos de prueba”. Aunque comprenden que el médico no siempre conoce el diagnóstico y entienden la incertidumbre en la que se desarrolla la atención médica. En estas ocasiones, se aprecia como algo positivo la sinceridad y la búsqueda por el profesional sanitario, que ayude en definitiva a la resolución del proceso. Algunos solicitan que en AP se facilite el diagnóstico por escrito. También consideran que debería existir una mayor coordinación entre los profesionales que les atienden en relación a las orientaciones y consejos que les proporcionan. Señalan diferencias en la cantidad y profundidad de la información según el tipo de enfermedad, siendo ésta más detallada cuando la enfermedad es crónica o grave. También se interesan por las pruebas diagnósticas y el seguimiento.

“3: Yo el día que me ponga enferma de algo, a mí me gustaría que me lo dijeran a las claras, yo enterarme la primera”.

(S8/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/614)

“2: ..., oye tienes esto, entonces ahí te informa tu médico de lo que tienes, del porqué, causas y de cómo, pero no antes, ...”.

(S4/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/606)

“1: ... me dijo, pues no te puedo decir qué te pasa ahora mismo, ..., pero no me pareció mal, me pareció normal que me lo dijera. No me haría tanto daño como el que te diga cosas equivocadas ...”.

(S2/Asociaciones/Mujer/759)

“3: Sí, yo creo que sí, que te den un informe de lo que te pasa, ¿no?”

4: Más que el informe, información.

3: Pues de eso no te dan”.

(S8/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/705)

“3:..., otra vez con las sinusitis, y se conforma con decirme, que es algo crónico, y ya está, se queda tan ancho, ..., pero dime algo más, o dime dónde me puedo informar, o dime si está bien la evolución o dime algo, pero no me digas que es crónico ..., a mí me hace falta información Sí, porque él todo lo arregla con decirte que es crónico y tómate la pastilla, o sea no”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/434)

La evolución previsible de la enfermedad aguda o crónica y sus posibles complicaciones es otro aspecto que identifican como necesidad de información. La incertidumbre del pronóstico en relación a la gravedad de las enfermedades aparece en las conversaciones. Se manifiestan quejas sobre pronósticos no cumplidos y el sufrimiento que ello causa en los familiares y en el enfermo. Se advierte que la aproximación a la evolución basada en generalidades, con frecuencia no puede aplicarse a la individualidad y se producen equivocaciones.

“3:..., hay a quien le pueda pasar, que ha tenido la misma enfermedad, y ellos lo dicen, a lo mejor, porque a la mayoría le ha pasado, pero siempre puede haber de esa mayoría, un tanto por ciento, que no le pase...”.

(S10/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/263)

“1: Hombre, al enfermo no le engañas, cuando él no mejora, pero si mejora”.

(S8/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/664)

El seguimiento de las enfermedades crónicas como el contenido de las revisiones periódicas su frecuencia y resultados, son algunas de las informaciones solicitadas especialmente por los pacientes de edad media y mayores.

Valoran positivamente la incorporación, reciente para ellos, en la tarea informativa y de control de las enfermedades crónicas en

AP de los profesionales de enfermería. La mayor disponibilidad de tiempo de este colectivo favorece las condiciones para información permitiéndoles escuchar y preguntar acerca de la enfermedad y de su manejo.

“4: Pues yo creo que ahora llevan bastante tiempo, que las enfermeras están participando mucho en eso, ..., y yo la verdad, que cada vez que voy a mirarme la tensión y tal, ya saben lo que tienen qué hacer, ya no hagas esto, no hagas lo otro, o tal, o sea que a mí, me parece que nos explican, ...en eso estamos bastante informados, ahora de un tiempo para acá”.

(S5/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/1)

“5: Pues de la enfermedad que tengas tú, yo a mí me dio un ictus, y entonces yo estuve, pues a lo primero estuve muy agobiada, ... porque lo pasé mal, claro, y yo me bajé a mi enfermera, y ella preocupada, y ella se sentaba y me decía tú estate tranquila, que con el tratamiento que llevas, lo puedes sobrellevar”.

(S6/Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/46)

Entre las 125 intervenciones que hacen referencia al tratamiento de las enfermedades específicas, la mayoría aluden al tratamiento farmacológico y a los cuidados generales, en solo 5 se menciona la necesidad de información sobre las opciones del tratamiento (Tabla 11).

“5: Yo creo que en el momento que tienes una enfermedad, te explican cómo van a tratarte, cómo vas a hacerlo, si una cosa o otra, yo creo que eso sí, ...”.

(S5/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/209)

La necesidad de información sobre los cuidados representa el 26,4% de las aportaciones de esta subcategoría. Se descubre la visión global que tienen de la salud y de la enfermedad, especialmente de la crónica. Comprenden la necesidad de modificación de estilos de vida en relación con la alimentación, el ejercicio y los hábitos perjudiciales, para evitar la aparición de otras complicaciones que pueden perjudicar el curso natural de la enfermedad. En última instancia también aparecen las referencias a otros recursos complementarios y a los cuidados paliativos, cuando ya no puede hacerse nada desde el punto de vista curativo por esos enfermos.

“2: ...pero que se informen bien, que sobre todo en nuestro caso se les diga, ..., lo que tienen que hacer cada año, que se va pasando el tiempo, no se hace, luego vienen las complicaciones, luego vienen los gastos, y es todo una rueda....”.

(S2/Asociaciones/Mujer/467)

“2: Por ejemplo las familias, cuando va una familia y le dice, pues tengo un familiar con una enfermedad mental, el médico tendría que hacer hincapié y que no olviden pues la salud física de esa persona, que tenga cuidado con la diabetes, la tensión, la obesidad, que el médico si se lo dice a la familia, pues la familia lo va a hacer más caso que si se lo dice cualquier otra persona, claro, que el médico le dé también importancia a esa otra parte, no solo a la enfermedad”.

(S1/Asociaciones/Mujer/208)

Las referencias al tratamiento farmacológico ocupan el 60% de los contenidos de esta subcategoría. Los efectos secundarios y las posibles interacciones son motivo de discursos en ocasiones de carácter reivindicativo y de desconfianza. Preocupan especialmente las modificaciones en los cambios de tratamientos, desean conocer los motivos de retirada de fármacos o la incorporación de otros nuevos. Se comprenden los cambios a medicamentos genéricos, desde un punto de vista de necesidad económica, pero piden mejoras que deberían tenerse en cuenta, para minimizar el efecto perjudicial de estas modificaciones en los pacientes mayores, como que se facilite siempre el mismo genérico. Las normas, en ocasiones intransigentes, para obtener los fármacos, en situaciones especiales como los desplazamientos durante los viajes, la solicitud de un informe con la medicación, genera manifestaciones de insatisfacción e incompreensión hacia los profesionales.

“2: ... yo le pedía que me quitara una pastilla que creía que me hacía daño, y me dijo no, esa pastilla no te hace daño, me la miro en el ordenador, pues no tiene lo que a ti te va a hacer daño y tal, pues yo me quedé tan tranquila”.

(S5/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/957)

“3:... y la médica que tenía, le dije, mire usted perdóneme, que venga aquí, pero yo creo que esas pastillas no me están bien,...”

(S6/Usuarios/Hombre/Mayores/Obligatorios/59)

“8:..., el cambio de medicinas de los médicos, o cambio de unas medicinas a otras, que en personas mayores nos desconcierta mucho.

2: Los genéricos.

8: Los genéricos, de unas cosas a otras, tienen que tener mucho cuidado tanto con los niños, como con los mayores, que procurarán cambiar menos, a las personas mayores....

9: Y es de cosa económica.

4: El genérico es más barato, y en lugar de poner el nombre.

6: Sí, viene por el precio...”.

(S7/Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/476)

“2: ... y las que tenemos veinticuatro horas del día, la enfermedad que sea, y al día siguiente también, ocurren muchas cosas, llegas y dices, es que no, el papelito, no que lo tienes que traer de tu casa, no, la he perdido, que has perdido la maleta,

es que se me ha olvidado, que también puede ser, que nadie somos perfectos, o sea qué derechos tenemos, y como digo antes, y obligaciones, cuidado vamos a ser todos un poco coherentes y un poco responsables”.

(S2/Asociaciones/Mujer/531)

“7: Exactamente, controlar el medicamento, fiarte más del médico que de lo que dice el prospecto, porque los profesionales, es decir, que la gente esté educada y sepa lo que debe de hacer”.

(S1/Asociaciones/Mujer/780)

“2:..., en muchos casos que no les explican, ..., tampoco estoy diciendo que sea al cien por cien, pero en general, le dan el tratamiento y como mucho un papelito con el tratamiento que tienen que seguir, eso y nada se quedan igual”.

(S2/Asociaciones/Mujer/7)

En 29 párrafos se hace referencia a las derivaciones a la AE. El momento de la derivación a la AE es vivido en ocasiones con sentimientos de desamparo o desprotección. Conocer los motivos de la derivación, si es por falta de recursos o por agravamiento, puede ayudar al paciente a comprender mejor esas situaciones. Reivindican también mayor implicación y protagonismo por parte de su médico de familia, o por el sistema sanitario de AP en general, en relación a la derivación solicitando que éste les recomiende un profesional de su confianza y que el plazo de atención se adecue a sus necesidades. En definitiva, solicitan que se garantice la libre elección de especialista, basada en información cualificada y no solo en los tiempos de espera y el nombre del médico.

“4: Yo echo en falta una información que es cuando tú vas a tu médico de cabecera, porque tienes tal enfermedad y entonces, te manda una semana a un especialista, con la lista de espera que hay, a lo mejor, te dan esa consulta con el especialista, y en el mejor de los casos, tienes tres meses, cuando tienes que ir, entonces no te dan la información concreta, y el médico de cabecera, no tiene tiempo suficiente, y entonces es cuando tú te buscas la vida, Internet, te empiezas a informar, pero en realidad, tú no sabes, cómo hacerlo mejor, porque es eso lo que tienes que hacer, o lo que no tienes que hacer”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/409)

“6: Muchas veces te indica, el mismo médico de cabecera, te indica, el médico que puedes coger,...”.

(S6/Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/331)

Aparece como una nueva subcategoría el denominado “efecto etiqueta” que ejercen los diagnósticos previos y la edad de los pacientes, en los sucesivos contactos y en las actuaciones del sistema sanitario. Este efecto es percibido como un modificador del interés y las posibilidades diagnósticas de sus motivos de consulta.

Opinan que esto tiene en ocasiones consecuencias negativas para ellos, tanto por exceso como por defecto. Especialmente los grupos de las asociaciones, reivindican el derecho a un trato igualitario para todos los enfermos independientemente de su edad o diagnóstico. La salud es contemplada globalmente tanto en el aspecto físico como mental. Solicitan al sistema sanitario que no se olvide de esta globalidad de la salud tanto en el diagnóstico diferencial ante la consulta de nuevos síntomas como en los cuidados generales de prevención y salud de los enfermos crónicos.

“5: Que tengas una enfermedad no quiere decir que no tengas otras, ...”.

(S1/Asociaciones/Mujer/215)

“2: Se centran en el problema específico que tiene esa persona, se olvidan de la salud física, o de la salud mental en un caso, ...”.

(S1/Asociaciones/Mujer/194)

“7: ... y es que se debe tener en cuenta que la persona, aunque tenga noventa años, es una persona con todo el derecho a la atención médica, con todo el derecho a vivir, y con todo el derecho a ser atendida convenientemente...”

(S1/Asociaciones/Mujer/910)

“1: Si ya llegas y le dices al médico, oiga mire usted, que a mí me pasa esto, te dice que es la edad, cuando no sabe”.

(S5/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/142)

El grupo de mayores destaca la importancia de la historia clínica. Este documento recoge la relación del paciente con el sistema sanitario de AP a lo largo del tiempo y esta continuidad en la atención es una de las características esenciales de la AP que favorece según ellos el diagnóstico y el manejo de las enfermedades. Solicitan que se cuide su conservación y actualización en todos los CS como base a la adecuada relación médico paciente.

“5: ..., sí, hay en los centros de salud unas buenas historias clínicas, esto ayuda bastante al diagnóstico, ... , porque no es lo mismo en una primera consulta que el médico se encuentra ante un enfermo persona que no conoce, que una persona que habitualmente ha ido a ese médico, y la historia clínica sí que le puede orientar al médico...”.

(S7/Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/255)

La información a los familiares detallada es especialmente necesaria en el caso de enfermedades crónicas con deterioro

cognitivo o limitación en la capacidad de decisión de los enfermos. En estos casos se considera necesario que incluya todos los aspectos tratados anteriormente haciendo especial mención en los cuidados generales, las actividades preventivas y los recursos disponibles para esa enfermedad. Los representantes de asociaciones de enfermos mentales insisten en las dificultades que tienen los familiares para asimilar el deterioro progresivo e irreversible de los enfermos observando la necesidad de dedicar un tiempo a informarles y comprobar que han asimilado la información.

“7:..., para que el médico o el servicio que corresponda, atienda al familiar y el familiar tenga la información suficiente para poner el remedio necesario y que le pongan a disposición inmediatamente los medios, para poder iniciar todo lo que, toda la atención médica que necesita un enfermo de este calibre, para poner remedio cuanto antes a su situación, ... ”.

(S1/Asociaciones/Mujer/19)

A los grupos de asociaciones les preocupa que las prestaciones no lleguen a todos aquellos que las necesitan por falta de información y para ello proponen lo que llaman “trabajar en red o en línea”. Solicitan que la información sobre los recursos disponibles, tanto públicos como privados, para cada enfermedad sean accesibles favoreciéndose así las posibilidades de utilización de los mismos. Se reconoce que los depositarios de toda la información son el médico de AP y los trabajadores sociales. Ellos deben conocer e informar a los usuarios sobre la obtención de los recursos necesarios, dentro de los disponibles para cada enfermo.

“8..., lo que falta actualmente es saber trabajar en red, es decir el médico de atención primaria, lo que tiene que saber es a quien tiene que derivar esa familia o a ese enfermo, para que le den esas explicaciones...”.

(S1/Asociaciones/Hombre/112)

“1: Tendríamos que tener información de asociaciones, de que por ejemplo yo sé de que existen asociaciones de diabetes, muy bien, de hipertensión, muy bien, estupendamente, las hay, yo las conozco, a veces he ido, pero claro, ... ”.

(S4/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/524)

“5:..., pero me imagino que con todas las enfermedades pasa lo mismo, que no se limiten al diagnóstico, que les expliquen bien, tienes esto, luego por supuesto que les digan, mira tienes esta asociación, el recurso para, eso me parece estupendo...”.

(S1/Asociaciones/Mujer/639)

Por último, las enfermedades referidas con mayor frecuencia, por su gravedad o porque generan mayor preocupación son: la gripe, las alergias, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia, las enfermedades osteomusculares, la demencia y los procesos relacionados con el consumo de tabaco, drogas, alcohol y los accidentes tráfico.

5.5.2. Necesidad de información sobre el sistema sanitario de atención primaria.

5.5.2.1. Análisis general descriptivo.

El discurso de todos los grupos se centra en solicitar más información para conocer los diferentes recursos sanitarios disponibles. Aseguran que conocer la organización, la disponibilidad de horarios, la forma de acceso y los requisitos necesarios mejoraría la utilización de los servicios.

Como ya se ha expuesto en la Tabla 9 la demanda de información acerca de los recursos sanitarios de AP ocupa más de un tercio de las conversaciones de los participantes.

Los mensajes emitidos en las conversaciones se codifican mayoritariamente como necesidades de información, seguidos por las observaciones, y a gran distancia se sitúan las reivindicaciones y las mejoras (Tabla 13).

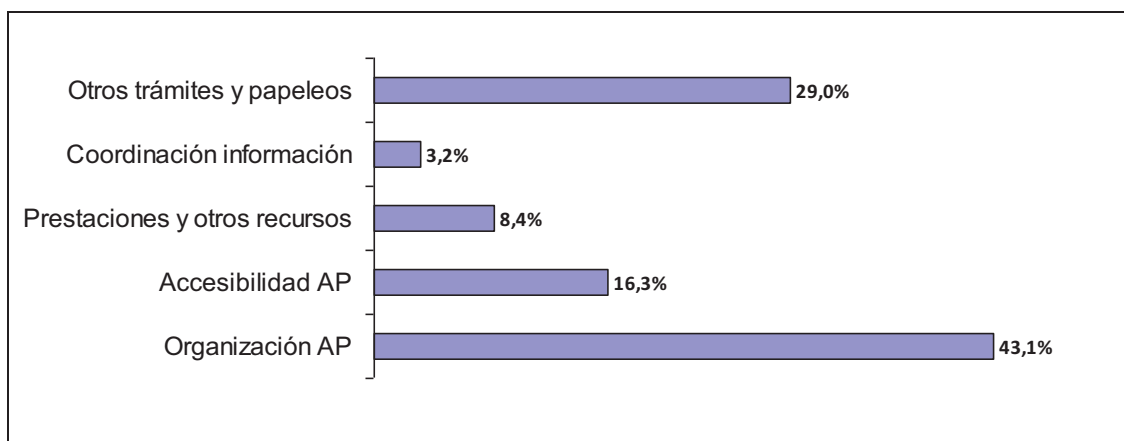
Tabla 13. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de Información sobre sistema sanitario de AP según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

		Tipo Mensaje				Total n (%)†
		Necesidad Información n (%)*	Observación n (%)*	Reivindicación n (%)*	Mejora n (%)*	
Participantes	Asociaciones	94 (64,8%)	26 (17,9%)	7 (4,9%)	18 (12,4%)	145 (14,3%)
	Usuarios	385 (44,3%)	342 (39,4%)	90 (10,4%)	51 (5,9%)	868 (85,7%)
Sexo	Hombre	133 (32,1%)	197 (47,6%)	52 (12,6%)	32 (7,7%)	414 (40,9%)
	Mujer	346 (57,8%)	171 (28,5%)	45 (7,5%)	37 (6,2%)	599 (59,1%)
Total		479 (47,3%)	368 (36,3%)	97 (9,6%)	69 (6,8%)	1013 (100%)
Edad	Jóvenes	67 (57,3%)	43 (36,7%)	5 (4,3%)	2 (1,7%)	117 (13,5%)
	Edad Media	192 (37,3%)	228 (44,3%)	60 (11,6%)	35 (6,8%)	515 (59,3%)
	Mayores	126 (53,4%)	71 (30,1%)	25 (10,6%)	14 (5,9%)	236 (27,2%)
Nivel Estudios	Obligatorios	257 (44,2%)	212 (36,5%)	69 (11,9%)	43 (7,4%)	581 (66,9%)
	Superiores	128 (44,6%)	130 (45,3%)	21 (7,3%)	8 (2,8%)	287 (33,1%)
Total		385 (44,3%)	342 (39,4%)	90 (10,4%)	51 (5,9%)	868 (100%)

*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración propia.

La Figura 10 muestra la distribución general de los contenidos informativos.

Figura 10. Distribución de frecuencias de los párrafos según las subcategorías necesidades de información sobre recursos sanitarios.



N=1013 párrafos. Fuente Elaboración propia.

En la Tabla 14 se exponen los contenidos por variables estructurales. A las mujeres les interesa especialmente la información sobre accesibilidad y coordinación mientras que los hombres se preocupan más por la organización de atención primaria y otros trámites y papeleos.

A los grupos formados por los representantes de las asociaciones ciudadanas pertenecen 145 párrafos. La tercera parte de sus contenidos hace referencia a trámites y papeleos, seguidos de la necesidad de información sobre la organización de AP y la accesibilidad. Los tipos de mensajes mayoritarios expresados son las necesidades de información, a gran distancia se sitúan las observaciones. Este grupo es el que realiza un mayor número de propuestas de mejora (Tabla 13).

Cuando se analizan los resultados por grupos de edad se observa que los participantes de edad media aportan las dos terceras partes del total. Los tipos de mensajes mayoritarios en todas las edades son los referidos a las necesidades de información, y las observaciones. Las reivindicaciones ocupan la décima parte del discurso, siendo en todos los grupos más

numerosas que las mejoras (Tabla 13). El análisis de los contenidos informativos por edad indica que todos solicitan información sobre la organización de la AP ocupando el segundo lugar la necesidad de información sobre otros trámites y papeleos y la accesibilidad a los servicios.

Cuando el análisis se realiza teniendo en cuenta el nivel de estudios, se observa que los participantes de estudios obligatorios realizan las dos terceras partes de las aportaciones. Los tipos de mensajes por nivel de estudios mantienen la distribución general (necesidades de información seguidas de las observaciones), con ligero predominio en ambas en estudios superiores. Destaca el carácter reivindicativo así como las aportaciones de mejora en los participantes de estudios obligatorios (Tabla 13). Por contenidos la organización de los servicios interesa especialmente a los participantes de estudios superiores, seguido de otros trámites y papeleos mientras que los participantes con estudios obligatorios se interesan por la accesibilidad, prestaciones y otros recursos, y la coordinación de la información. Los participantes de estudios superiores no hacen ninguna aportación en relación a prestaciones y otros recursos.

Tabla 14. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de Información sobre sistema sanitario de AP según el contenido informativo y las variables estructurales.

		Contenido Informativo					Total n (%)†
		Organización n (%)*	Accesibilidad n (%)*	Prestaciones y otros recursos n (%)*	Coordinación n (%)*	Otros trámites y papeleos n (%)*	
Participantes	Asociaciones	37 (25,5%)	30 (20,7%)	19 (13,1%)	11 (7,6%)	48 (33,1%)	145 (14,3%)
	Usuarios	400 (46,1%)	135 (15,6%)	66 (7,6%)	21 (2,4%)	246 (28,3%)	868 (85,7%)
Sexo	Hombre	178 (43,0%)	56 (13,5%)	40 (9,7%)	11 (2,7%)	129 (31,1%)	414 (40,9%)
	Mujer	259 (43,2%)	109 (18,2%)	45 (7,5%)	21 (3,5%)	165 (27,5%)	599 (59,1%)
Total		437 (43,1%)	165 (16,3%)	85 (8,4%)	32 (3,2%)	294 (29,0%)	1013 (100%)
Edad	Jóvenes	50 (42,7%)	24 (20,5%)	3 (2,6%)	5 (4,3%)	35 (29,9%)	117 (13,5%)
	Edad Media	215 (41,7%)	76 (14,8%)	52 (10,1%)	12 (2,3%)	160 (31,1%)	515 (59,3%)
	Mayores	135 (57,2%)	35 (14,8%)	11 (4,7%)	4 (1,7%)	51 (21,6%)	236 (27,2%)
Nivel Estudios	Obligatorios	239 (41,1%)	99 (17,0%)	66 (11,4%)	18 (3,1%)	159 (27,4%)	581 (66,9%)
	Superiores	161 (56,1%)	36 (12,5%)	0 (0,0%)	3 (1,1%)	87 (30,3%)	287 (33,1%)
Total		400 (46,1%)	135 (15,6%)	60 (7,6%)	21 (2,4%)	246 (28,3%)	868 (100%)

*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración propia.

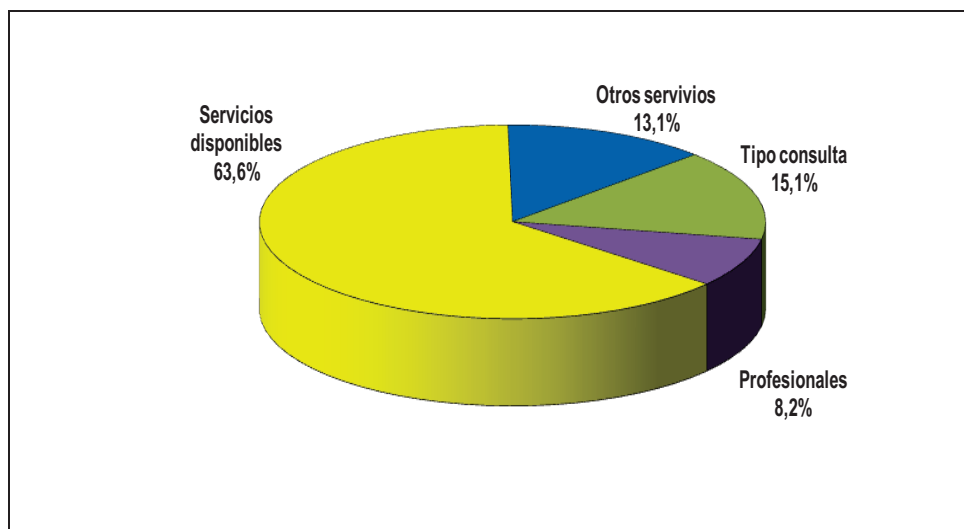
5.5.2.2. La organización de la atención primaria.

Como se ha comentado las necesidades de información de la organización de la AP se sitúa en el primer lugar en el discurso (Figura 10). Sus contenidos están agrupados en diferentes subcategorías que se muestran en la Figura 11 y en la Tabla 15.

La codificación de los diferentes tipos de mensajes emitidos en este apartado se distribuye en número similar entre necesidades de información y observaciones a gran distancia de las mejoras y reivindicaciones (Tabla 13).

En el análisis por sexo se revela un discreto mayor interés en las mujeres por la organización de atención primaria. En el grupo de asociaciones este apartado ocupa el segundo lugar en frecuencia. Les interesa más a los participantes mayores, que a los jóvenes y que a los de edad media, así como a los de estudios superiores frente a los de estudios obligatorios (Tabla 14).

Figura 11. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de necesidades de información de la organización de la AP.



N= 437. Fuente: Elaboración propia.

5.5.2.2.1. Necesidades de información sobre servicios disponibles.

El tema que suscita más interés y que ocupa por el volumen de intervenciones el primer lugar de esta categoría es el obtener información sobre los servicios disponibles. Sus 278 párrafos representan el 63,6% de esta subcategoría. Solicitan información sobre las diferentes modalidades de atención clínica, y los medios de acceso a las mismas.

“3: Y que servicios hay en ese centro,... en el Alamedilla, tenemos esto, esto, esto, y a dónde puedes acudir, derivada por el médico o puedes ir tú,...”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/S3/467)

La atención en la consulta solicitada por el usuario, denominada “a demanda” ocupa el 2,5% de las conversaciones de su grupo. En ella el usuario expone el motivo de solicitud de atención y espera una resolución u orientación rápida.

La consulta programada o concertada previamente con el profesional sanitario se establece generalmente para ampliar el tiempo disponible en las consultas de revisiones y seguimiento de procesos patológicos, o para el desarrollo de actividades preventivas. Cuando aparecen referencias a esta modalidad de consulta prestada por enfermería, los participantes de edad media y los mayores la valoran especialmente.

“7: Pero es que hay distintas citaciones, ... el que tiene una enfermedad crónica, ..., te dice dentro de un mes, a las nueve de la mañana vienes, no tengo que esperar ni a llamar ni a nada, voy una mañana, me atiende y tal, luego cuando tengo que buscar recetas, tengo que llamar para que me dé recetas o consulta”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/661)

En todos los grupos aparece la necesidad de información sobre la atención de urgencias. Sus 175 párrafos representan casi la mitad de esta categoría y una tercera parte de la subcategoría. Aunque al inicio de los grupos se indicó que la atención hospitalaria no era objeto de esta investigación, la

continuidad de la atención en los diferentes niveles y la utilización accesible e indistinta de la urgencia hospitalaria hace inevitable su referencia en las conversaciones. La atención a la urgencia en el CS, el servicio de urgencias de atención primaria y la atención de emergencias completan la extensa referencia a estos servicios (Tabla 15).

Opinan que dar más información a la población sobre los servicios de urgencia tanto en sus diferentes modalidades como en su localización y horarios mejoraría la agilidad y eficiencia de su actuación.

“6: Y lo que también se echa de menos, en el momento que vas al centro de salud, y que no te informen de los horarios de Urgencias o de los propios servicios,...”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/S3/380)

“5: Con las urgencias no se puede pedir vez, hay que ir de urgencias, pues hay que ir y punto”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/S6/368)

Proponen la creación de la figura del médico de urgencias en el CS, un progreso que permitiría compatibilizar la atención de urgencias con la atención a la hora programada en la consulta con cita previa.

“3: Que esté el médico de urgencias y se vaya y tenga que atender a varias urgencias, y no te atiendan a ti, mejor es que ese día quiten la consulta, debía haber un médico de urgencias en el ambulatorio, vamos en los centros de salud”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S5/449)

“2: Pero la victoria es que la consulta se haga un poquito más larga con cada paciente y que sean menos pacientes en esa mañana y que le den para el día siguiente y que las urgencias también las atiendan ahí, pero en otro sector”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S4/442)

Consideran que sería interesante poder consultar, al menos telefónicamente, con un médico que les indicara ante una situación concreta qué servicio sería más adecuado y recomendable utilizar. Se manifiestan diferentes opiniones sobre la idoneidad de la ubicación física de los servicios de urgencias mientras unos opinan que la atención cercana en

su zona es la más adecuada, otros agruparían toda la atención urgente en el hospital.

“5: ... la información que debería estar en el centro de salud primero, ¿no? pues oyes mira tú te puedes marchar ahora mismo a urgencias, o oye tú te puedes quedar porque a lo mejor pudiera hablar con un médico que pudiera estar siempre para estos casos, pero claro el administrativo que está ahí, que te tiene que dar la cita, no es la persona adecuada”.

(Asociaciones/Mujer/S1/382)

El servicio de emergencias es valorado positivamente por su despliegue de medios, su disposición y celeridad en la atención domiciliaria aunque demandan más información sobre su funcionamiento.

“5: ..., pues no estamos informados, pues por qué está ahí el 112, que si tenemos derecho si vamos a una urgencia, que ellos nos recogen y nos llevan al otro lado, yo eso no sé, cómo funciona...”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/S6/247)

La atención domiciliaria queda reflejada en diferentes opiniones acerca de las dificultades y el derecho a su utilización, como quién debe establecerlo y la rapidez con la que debería realizarse este tipo de servicio.

“1: ..., volví a llamar porque estaba con cuarenta de fiebre, bueno, pues ya iremos, pues qué, si yo no sabía si iban a ir”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Superiores/S7/231)

Las denominadas Unidades de Apoyo a la AP como la salud bucodental, la salud mental, la unidad de atención a la mujer y de fisioterapia son las grandes desconocidas para los asistentes, conociéndolas sólo aquellos que las han utilizado y por la lectura de carteles en las puertas de las consultas. Estas unidades, formadas por otros especialistas que realizan su atención en el CS, son valoradas positivamente por su proximidad y debaten en sus conversaciones sobre la heterogénea dotación de estas unidades en las diferentes zonas de salud.

Aparecen referencias también a la información y oferta de otros servicios disponibles (9,8%) en los centros de salud como las campañas de actividades preventivas: vacunaciones, mamografías, etc.

Tabla 15. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre la organización de la AP.

Organización Atención Primaria	Párrafos n=437	%
Servicios disponibles	278	63,6
Demanda	11	2,5
Programada	2	0,4
Urgencias	175	40,1
CS	33	7,6
Urgencias AP	98	22,4
Hospital	42	9,7
Emergencias	2	0,4
Domicilio	14	3,2
Unidades apoyo	33	7,6
Otros recursos	43	9,8
Profesionales AP	36	8,2
Médico	6	1,4
Enfermería	11	2,5
Pediatría	4	0,9
Matrona	6	1,4
Otros	9	2
Tipos de consultas	66	15,1
Actividades Preventivas	5	1,1
Asistencia por enfermedad	5	1,1
Actividad burocrática administrativa	56	12,9
Otros servicios	57	13,1
Analíticas	52	11,9
Radiología	5	1,2

Fuente: Elaboración Propia.

5.5.2.2.2. Necesidades de información sobre profesionales.

En un total de 36 párrafos de la conversación (el 8,2% de la subcategoría y el 3,6% total) se opina que debe difundirse la variada oferta de consultas de medicina, pediatría, enfermería, matrona, trabajador social y las diferentes unidades de apoyo a la AP como la salud bucodental, la salud mental, la unidad de atención a la mujer y de fisioterapia, así como su forma de acceso para optimizar la capacidad resolutoria en este nivel de atención. Creen que, en ocasiones, la falta de esta información ocasiona consultas médicas

innecesarias y retrasa el acceso a la utilización de otros servicios generando molestias y pérdida de tiempo tanto a los usuarios como a los sanitarios.

5.5.2.2.3. Necesidades de información sobre tipos de consultas.

En 66 intervenciones comentan los diferentes tipos de consulta según los contenidos que pueden desarrollar en su relación con la AP (burocracia, asistencia, prevención). Representan el 15,1% de su grupo y el 6,5% del total.

Así, la atención a la enfermedad, en sus diferentes modalidades, es el motivo más frecuente que les lleva a contactar con AP.

La oferta de actividades preventivas es valorada positivamente en las conversaciones por su capacidad para evitar el desarrollo de enfermedades y el sufrimiento de los pacientes. Debaten sobre la importancia de estas actividades en AP para mejorar la salud de la población e incluso para reducir el gasto sanitario a largo plazo.

Otra de sus preocupaciones se refiere a las actividades de contenido burocrático o tareas administrativas, que a su juicio deberían mejorar por considerarlas desagradables para el médico, reiterativas y evitables en su mayoría. Algunos participantes narran cómo lo han resuelto en algunos centros mediante acuerdos entre sanitarios y pacientes para la emisión de recetas de tratamientos crónicos y modificando el sistema de distribución de los partes de incapacidad temporal para el trabajo a través del área administrativa.

“4: ..., yo, con la doctora titular mía, yo nada más la voy a ver que cuando la necesito, para las recetas, yo le digo necesito éstas y lo hacemos a través de cartas”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/407)

“2: ... se deberían agilizar un poquito más, dentro de lo que es la Atención Primaria, ... si estás de baja, que es mi caso, que ahora estoy de baja, todos los jueves tengo que ir a renovarlos, por ejemplo, el parte de baja, bueno, pues no sé, si eso siempre tiene que ser así, o simplemente con un parte hasta que me diera de alta serviría, ...una enferma crónica, que necesita un medicamento todos los meses,... , que hay trámites administrativos que se podrían evitar”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S8/324)

5.5.2.2.4. Necesidades de información sobre otros servicios disponibles.

Se discute la necesidad de información sobre otros servicios disponibles como analíticas y radiología en 57 párrafos.

Consideran positivo incorporar a las tareas de enfermería de AP la realización de la extracción y recogida de muestras para la realización de determinaciones analíticas en los diferentes laboratorios hospitalarios. Así mismo, manifiestan que la disponibilidad de estudios radiográficos en AP aumenta la capacidad resolutive de este nivel de atención.

“3: ... la Atención Primaria, no podría tener los servicios más, como tiene analítica, podría tener ...un radiodiagnóstico, una cosa así, como tiene pediatría, pues para los críos de urgencia, o tal, que no se acumulara tanto en los hospitales”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Superiores/S7/683)

Entre las demandas más extremas uno de los participantes, entre comentarios jocosos de los demás, expresa que desearía tener un pequeño hospital para él sólo en su CS.

5.5.2.3. Necesidades de información sobre accesibilidad al sistema sanitario de atención primaria.

En 165 párrafos se considera que la información sobre la accesibilidad a los servicios es fundamental (Tabla 16). Se opina que disponer de ella facilitaría la utilización de los recursos socio-sanitarios y agilizaría algunos trámites administrativos.

Los mensajes hacen referencia mayoritariamente a las necesidades de información (43,9%) y observaciones (45,2%) situándose a gran distancia las mejoras (8,5%) y las reivindicaciones (2,4%). Las mujeres emiten el 66,0% del total de estos contenidos que representan casi la quinta parte (18,2%) de todos los mensajes de mujeres. Especialmente les interesa a los grupos de asociaciones (20,7%) y jóvenes (20,5%) en los que ocupa la quinta parte de sus intervenciones (frente al 14,8% de los de edad media y mayores). También se observa diferencia en el análisis según el grado de formación con un interés mayor en los participantes de estudios obligatorios 17,0% frente a un 12,5% en los de superiores.

5.5.2.3.1. Área administrativa (*).

Todos los grupos muestran, de forma reiterada, la dificultad que tienen para contactar por teléfono con el área administrativa de los CS, ya sea para conseguir cita o comunicarse con los sanitarios. Los participantes opinan que el acceso telefónico a los centros debería ser abordado de forma prioritaria, aumentando los recursos o mejorando la gestión de los que ya existen. La atención en el mostrador del área administrativa también se debe mejorar evitando las largas esperas que en ocasiones disuaden de la solicitud de información.

“4: ... la célula madre, del centro de salud, que es la citación, yo creo que eso es el paso ... desde que tú entras en el centro de salud, hasta que sales, yo creo que la citación es el más alto, o sea, luego lo demás ya son pequeños saltitos, o sea las citaciones, es, el poder acceder a citarte, a la hora que tú creas conveniente, yo creo que eso es, ahí se debería dar, todo tipo de facilidades, inclusive, ..., por medio de Internet...”

(Usuarios/Hombre/Media/Superiores/S10/534)

“3: ... llamar, no contestar y de ir allí, y le estás viendo que están llamando por teléfono, ..., y no lo atienden, ..., y luego confundirse, que pides una cita, de tener ellos incluso un papelito, que se lo tienes que pedir tú, ...”

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S5/355)

(*) Nota de la autora: En el transcurso de la elaboración de esta investigación la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) implantó el sistema automatizado de solicitud de citas de forma telefónica (IVR-Interactive Voice Response-), a través de sms e internet.

Tabla 16. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de información acerca de la accesibilidad en AP.

Accesibilidad atención primaria	Párrafos n=165	%
Área administrativa	49	29,7
Mostrador	26	15,8
Teléfono	12	7,3
SD	11	6,6
Modo de acceso a servicios	15	9,1
Directamente	2	1,2
Remitidos por MAP	9	5,5
SD	4	2,4
Horarios de servicios disponibles	51	30,9
Horarios consultas	21	12,7
Horario de urgencias	27	16,4
SD	3	1,8
Lugar de atención	12	7,3
Dirección	4	2,4
Teléfono	1	0,6
Zonificación	6	3,7
SD	1	0,6
Citas a consulta	38	23,0
Atención Primaria	24	14,6
Listas de espera	4	2,4
Retrasos	14	8,5
SD	6	3,7
Atención Especializada	13	7,8
Listas de espera	4	2,4
Información completa de las citas	6	3,6
SD	3	1,8
SD	1	0,6

SD: Sin Determinar. MAP: Médico de AP. Fuente: Elaboración propia.

5.5.2.3.2. Modos de acceso a los servicios.

Los dos grupos de asociaciones reclaman información sobre la forma de acceso a los servicios especializados. Además insisten en la idoneidad de que esta información sea completa, coordinada e integrada incluyendo todos los recursos públicos y también los privados.

5.5.2.3.3. Horarios de servicios disponibles.

Se solicita información específica sobre horarios de consulta y de atención urgente para cada zona de salud. Consideran que sería conveniente incorporar algunas tardes para adaptar los horarios de las consultas a los nuevos modelos que existen en la sociedad, tanto en lo referente a los nuevos tipos de familia como en la actividad laboral de sus miembros.

“5: ... la atención sanitaria no se ha adaptado al nuevo mundo de trabajo, hoy en día, trabaja todo el mundo, mujeres, hombres y eso requiere el poner un día de atención por la tarde, ...”.

(Usuarios/Hombre/Media/Superiores/S4/387)

“5: Horarios, sobre todo en el tema de las urgencias, es fundamental, ..., te meten rápidamente al hospital, porque el horario en el centro del salud, no tienes horarios, no sabes cómo son los horarios de las urgencias, entonces no tienes servicios”.

(Asociaciones/Mujer/S2/238)

“1: si se ampliaran los horarios de arreglo a lo que el ciudadano necesita, pues no tienes por qué estar pidiendo permiso, porque si estás trabajando, ...”.

(Asociaciones/Mujer/S2/381)

5.5.2.3.4. Lugar de atención.

Solicitan información en la que se incluya la dirección y los teléfonos de contacto del centro que les corresponda, según su domicilio. Incluso una participante opina que se

debería atender a todos los pacientes en cualquier centro en el que solicitaran la atención.

5.5.2.3.5. Citas a consulta.

Algunos participantes, de los grupos de usuarios destacan el valor que tiene la accesibilidad del contacto con AP. Consideran adecuado poder concertar una cita en el mismo día o al día siguiente que se solicita. Por el contrario perciben con disgusto, temor y recelo la existencia de listas de espera para la AP. Son inevitables las comparaciones con lo que sucede en AE y desean que no se llegue a esa pérdida de accesibilidad, que dejaría sin parte de su esencia a la atención primaria.

“2: Yo gracias a Dios, voy poco al médico, pero de llamar con tres días de antelación y no lo entiendo”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/154)

La falta de información o de previsión en los retrasos y esperas para entrar a la consulta de AP origina malestar e incomprensión en algunos usuarios. Esta postura contrasta con la comprensión de otros usuarios que entienden que el tiempo para la atención de cada paciente no se puede predecir, aunque sea la causa de retrasos que repercuten en el resto de los pacientes. También señalan como posible origen de los retrasos, las interrupciones y la atención de eventuales urgencias durante el desarrollo de la consulta. Para evitarlo, sugieren que la atención a las urgencias durante el horario de la consulta se organice de manera que no entorpezca y cause demoras que finalmente repercutan en el tiempo empleado para cumplir la función de información.

Además, creen que sería fácil comunicar a los usuarios sobre los retrasos existentes en cada momento para entrar en la consulta. Disponer de esa información permitiría al usuario organizarse durante el tiempo de espera y mejoraría la percepción de calidad del servicio. Un usuario lo denomina “la

paradoja de la cita”, entienden que si piden cita y se la dan a una hora, no es razonable esperar demasiado, y si esto ocurre, que al menos se les informe de la magnitud del retraso. Para ello sugieren utilizar mensajes a móviles o carteles luminosos en la puerta de la consulta.

Así mismo solicitan información acerca de los cambios puntuales en la organización habitual de la consulta.

“3: Si esa sensación del tiempo es muy terrible en la sanidad pública, y sabes cuando entras, pero es que de salir, ..., no se sabe cuando sales, eso ya, yo no entiendo lo de la cita, te citan y puedes estar allí hora y media, esperando ahí en la puerta y te han citado a las diez y diez, y entras a las once y media”.

(Asociaciones/Mujer/S2/360)

Otra demanda de información que genera comentarios son las citas para la consulta especializada. En los CS de Salamanca se gestiona desde hace tiempo la solicitud de las consultas a especialistas hospitalarios y la comunicación de estas a los usuarios. Por ello, solicitan información completa acerca de la existencia de listas de espera para cada servicio o especialista concreto, así como las características de la cita con el nombre del médico que les atenderá además del lugar y la hora.

En su discurso los participantes realizan aportaciones y propuestas de mejora concretas del sistema sanitario de AP: aumentar los recursos humanos, disminuir la burocracia, organizar la atención a las urgencias, etc. La necesidad más reclamada es el aumento de los recursos humanos tanto a nivel sanitario (lo que permitiría disponer de más tiempo en las consultas) como no sanitario (lo que facilitaría el acceso telefónico), la disminución de las esperas en el área administrativa, o la resolución más rápida de las incidencias técnicas. No obstante, los participantes se muestran escépticos sobre las posibilidades de lograrlo, debido a la inversión económica que sería necesaria.

5.5.2.4. Necesidades de información acerca de otras prestaciones y recursos disponibles.

Los 85 párrafos referidos a la información sobre prestaciones y otros recursos representan el 8,4% del total. Por su intencionalidad son mayoritariamente necesidades de información (71,7%) y reivindicaciones (24,7%). Además todas son realizadas por participantes con estudios obligatorios y asociaciones y entre ellos mayoritariamente por los de edad media (Tabla 13).

Se considera necesario conocer la oferta, la disponibilidad, los requisitos necesarios y el organismo en el cual deben solicitarse. Reivindican que la información relacionada con el tipo de prestación, tanto si se trata de complementos o accesorios como sillas de ruedas, prótesis, órtesis, etc., como de otros recursos o servicios sociosanitarios sea difundida de manera extensa. La disponibilidad de esta información mejoraría la equidad en el acceso y la calidad de vida de los pacientes que en ocasiones se ven privados de su disfrute por falta de información.

“10: ... una silla de ruedas, la ayuda a domicilio, cosas de ésas, que parece que hay..., pues eso, qué requisitos, quién puede, quién no puede, y un poquito saber a dónde dirigirse...”

(Asociaciones/Mujer/S1/417)

“9: ..., me refiero desde el poder ponerme una peluca, por ejemplo, una prótesis mamaria, o cualquier recurso social, la ayuda a domicilio,... de pensiones, o discapacidades...”

(Asociaciones/Mujer/S1/693)

5.5.2.5. Coordinación de la información.

En 32 párrafos se alude a la importancia de la coordinación de la información que proporcionan los profesionales sanitarios que atienden al usuario. Los mensajes emitidos son mayoritariamente necesidades de información y observaciones. Las mujeres, las asociaciones, los jóvenes y los participantes de estudios

obligatorios son los colectivos que presentan mayor preocupación por este problema (Tabla 14).

Manifiestan que la coordinación de la información debe garantizarse tanto entre los diferentes niveles asistenciales de AP y AE (53,1%) como entre los diferentes profesionales médicos y de enfermería que atienden a los usuarios (25%). Este requisito se considera imprescindible aunque comprenden que exista cierta variabilidad personal que debería minimizarse mediante consenso previo.

En el discurso también se alude a la necesidad de coordinación entre la información emitida a través de los medios de comunicación masivos y la encontrada en el sistema sanitario (21,9%).

“3: Bueno, yo, ahora que me han puesto la vacuna de la gripe, pero me la han puesto por lo del embarazo, pero me la han puesto en Atención Primaria y luego se contradicen en el hospital y como que no les hace mucha gracia, pero encima me leí un folleto que han distribuido por tener un poco de riesgo y ponía que las mujeres embarazadas, en el segundo trimestre, sí era recomendable ponerles la vacuna, ... , entonces he hecho bien, o he hecho mal”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Obligatorio/S9/25)

5.5.2.6. Necesidades de información de otros trámites y papeleos.

Los 294 párrafos referidos a estos contenidos representan el 29,0% del total situándose esta subcategoría en el segundo lugar en el discurso. Tabla 14.

Las solicitudes de información son el tipo de mensaje más numeroso (47%) seguido, a mayor distancia que en otros apartados, por las observaciones (29%). Destaca el carácter reivindicativo que adquieren las conversaciones (15% de los mensajes en su subcategoría, y un 45% del total de las reivindicaciones en esta subcategoría).

La mayor preocupación por este contenido aparece en los grupos de asociaciones, constituyendo la primera categoría así

como en los varones, en los de estudios superiores y en los de edad media (Tabla 14).

La quinta parte de estas intervenciones aluden a tarjeta sanitaria, pero la gran mayoría se agrupa en los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario (Tabla 17).

Tabla 17. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre necesidades de información acerca de otros trámites y papeleos.

Otros trámites y papeleos	Párrafos n=294	%
Tarjeta sanitaria	58	19,7
Renovación automática	6	2
Beneficiarios	12	4,1
En extranjero	6	2
Desplazados	29	9,9
SD	5	1,7
Derechos y deberes usuarios	236	80,3
Libre elección de médico	30	10,2
Primaria	18	6,1
Especializada	12	4,1
Cambio de médico	75	25,5
Administración	51	17,4
Paciente	18	6,1
Procedimiento	6	2
Información sanitarios	11	3,8
Cualificada	5	1,7
Nominal	1	0,4
SD	5	1,7
Derechos asistenciales	77	26,2
Servicios	16	5,4
Plazos	2	0,7
SD	59	20,1
Reclamaciones y quejas	43	14,6
Procedimiento	19	6,5
Contestación	8	2,7
SD	16	5,4

SD: Sin Determinar. Fuente: Elaboración Propia.

5.5.2.6.1. Tarjeta sanitaria.

En 58 párrafos se debate la importancia de la tarjeta sanitaria como documento acreditativo del derecho a la atención sanitaria. La mayoría (72,4%) son demandas de información. Su conservación y actualización genera contactos para realizar trámites administrativos con el sistema sanitario cuando se modifica alguna circunstancia.

Se valora positivamente recibir la tarjeta sanitaria por correo postal al domicilio del usuario cuando caduca y proponen como medida de mejora incluir en el mismo envío información actualizada sobre los servicios del CS.

La necesidad de incluir a otros usuarios como beneficiarios del derecho a la atención sanitaria es otro trámite que ellos conocen y que precisa gestiones administrativas en el CS.

“2: ... se ha casado una hija mía con un extranjero y ha habido que arreglar papeles y cosas y nos han dado toda la información que hemos pedido, toda, ...”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/S6/488)

Los viajes al extranjero generan también consultas administrativas en el CS para conocer, según el país de destino, los pasos necesarios para la tramitación de la tarjeta internacional o la información acerca de la existencia de conciertos con ese país.

Los cambios de domicilio de forma temporal causados por vacaciones, estudios, o atención a familiares son el tema de la mayoría de estos comentarios. Debaten sobre la necesidad de información de los trámites para solicitar la atención a estos usuarios desplazados de su domicilio habitual, ya que han observado diferencias entre las diferentes zonas de salud y comunidades autónomas. Dos ejemplos frecuentes de estos trámites son el de los jóvenes

universitarios que proceden de otras localidades y el de los grupos de edad media, cuando sus familiares mayores deben cambiar de localidad para ser atendidos por ellos. Se propone que estos pacientes mayores con múltiples patologías que periódicamente son atendidos de forma temporal en los centros fueran asignados siempre al mismo médico, favoreciendo en la medida de lo posible la continuidad de la atención.

“7: ...mi madre, que padece Alzheimer, avanzadísima, ya, y la tengo a temporadas en mi casa, entonces tengo que hacerle una cartilla de desplazada, que dura tres meses, entonces cada vez que tengo yo a mi madre, que es cada más de tres meses, me asignan un médico distinto,..., cuéntale a cada médico cada cuatro meses, todo el historial de mi madre...”.

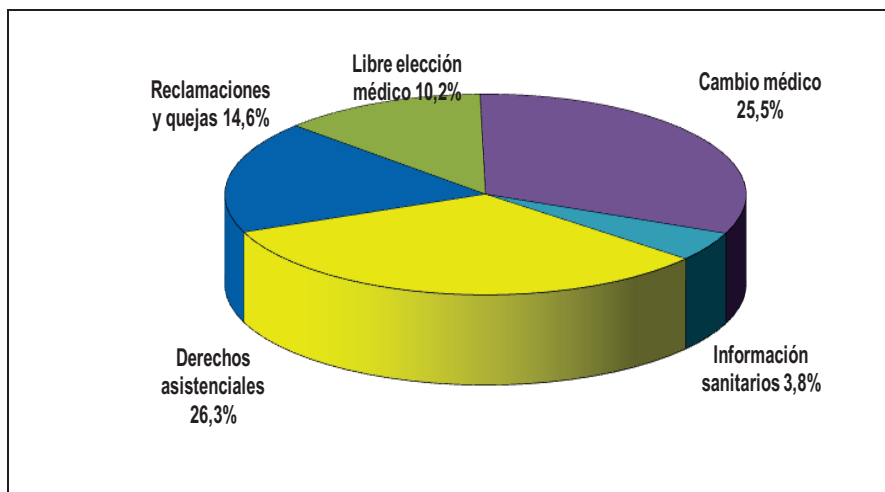
(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S4/698)

5.5.2.6.2. Deberes y derechos de los usuarios.

Las necesidades de información sobre los derechos y deberes de los usuarios aparecen en todos los grupos constituyendo la mayoría de las aportaciones de este apartado. Los mensajes más numerosos son las referentes a necesidades de información (41%) seguidos de las observaciones (32%). Con talante reivindicativo se debate sobre los cambios de médico realizados por la administración y los derechos asistenciales. Las propuestas de intervenciones de mejora ocupan sin embargo una pequeña parte de la conversación.

En la Figura 12 se presentan la distribución de las subcategorías del apartado de deberes y derechos de los usuarios.

Figura 12. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías deberes y derechos de los usuarios.



N= 236. Fuente: Elaboración propia.

La necesidad de información sobre el derecho y la forma de ejercer el cambio de médico en AP aparece con insistencia en las intervenciones. Reivindican la capacidad de ejercer la libre elección de cambiarse o incluso quedarse con su médico habitual. Reiteradamente se manifiesta la necesidad de información cualificada sobre los médicos, de forma que permita al usuario ejercer la libre elección de médico de AP y AE, en base al conocimiento más allá del nombre y el tiempo de espera para acceder a su consulta. Demandan poder elegir el médico que se ajuste a las necesidades del usuario, tanto en lo que se refiere a la atención sanitaria como en el estilo de comunicación que establece con el paciente (“que les escuche, que les explique y les entienda”).

“3: ..., si yo voy y le digo, mire yo no estoy conforme con este médico, ¿tengo derecho a otro médico o no? ¿A dónde tengo que ir? ¿Esta señora me lo arregla?”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Obligatorios/S6/509)

“5: ..., a lo mejor lo que había que tener en los centros de salud, es un listado, ..., pues mira si ese profesional no te convence, pues tienes este otro, ¿qué posibilidades tiene esa persona de poder ir a otro profesional y sin que eso sirva a veces, de un gran disgusto, ..., siempre habrá algún profesional, que digamos por altruismo, por lo que sea, está más preparado para ciertas enfermedades que otros”.

(Asociaciones/Mujer/S1/49)

Algo más de la cuarta parte de las intervenciones hacen referencia a los derechos sobre las condiciones en que reciben la asistencia. Conocen que el acceso a los servicios está garantizado por ley, pero reivindican una información más completa, sobre las condiciones en las que se va a desarrollar esa asistencia. A todos les inquieta especialmente el tiempo de espera para el acceso a las pruebas complementarias, las consultas especializadas, los ingresos y las intervenciones quirúrgicas. La preocupación por las listas de espera en atención hospitalaria aparece en todos los grupos. Consideran, como un derecho importante, conocer los servicios a los que pueden consultar y también los plazos de prestación de los servicios que el sistema sanitario concibe como adecuados. Razonan que esa información es imprescindible para ellos y también para los sanitarios de AP, antes de decidir sobre su utilización o buscar otros sistemas alternativos. Los jóvenes con estudios superiores expresan con estas intervenciones la urgencia que para ellos representa la enfermedad.

“8:... cuando te dicen que hay una lista de espera de siete meses, o sea, y eso es legal, porque te lo puedes plantear, yo no sé si eso está dentro de la carta de servicios, digo yo, luego saber qué puedes exigir y qué no...”

(Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/S3/795)

Otro aspecto que se detalla en los discursos de los grupos es la necesidad de información sobre la forma, el procedimiento, los plazos y los efectos de las reclamaciones que efectúan. La variedad de las experiencias que narran en este sentido muestra la percepción de falta de uniformidad en el uso de este derecho. Así junto a participantes que reconocen haber tenido facilidades para hacerlo, otros manifiestan sufrimiento y temor por sus consecuencias.

“5: Mi hijo, cogió el papel, para una queja con una leche, dice ahora voy a denunciar, porque no nos dan enseguida para casa, que nos tienen aquí, espera que te espera, y yo tenía el papel ahí escondido y le dije, déjalo, no pongas la denuncia, déjalo, déjalo...”

(Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/S6/432)

“3: me dijeron ¿quiere poner una hoja de reclamación?, dije ¿qué? por supuesto y ¿qué?, me quedé igual. No, ninguna dificultad, pero también me contestaron que es hay mucha gente, o sea que esa contestación ya la sabía yo”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Superiores/S7/168)

“3:..., y luego si protestas, pues te miran mal, que fue lo que me pasó a mí...”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S10/491)

Destaca la manifestación del sentimiento de propiedad del sistema sanitario por los participantes que les hace titulares de derechos, obligaciones y responsabilidad sobre lo que denominan “el buen uso”. Para una utilización adecuada del sistema sanitario reconocen que necesitarían más información sobre los servicios disponibles y su organización.

“6:...la Seguridad Social, tú lo has dicho antes, es de todos, lo que tenemos que mirar es que la Seguridad Social, nos dure muchos años, ¿eh? Muchos años, y que no nos la vendan,...”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S8/257)

Es tal la importancia que se concede a la información sobre la atención y el sistema sanitario, que en varios grupos se destaca la equivalencia entre “buena atención y buena información”. Salvo alguna excepción, se percibe que la competencia científico técnica está garantizada y sólo es susceptible de valoración y mejora la comunicación o el trato. En este sentido sugieren que se facilite formación mínima básica, de carácter gratuito y en horario laboral, a todos los profesionales para que no les suponga una carga añadida. El objetivo es obtener una adecuada comunicación entre el sistema sanitario y los usuarios. Así se podría reducir, la inevitable variabilidad personal entre los diferentes profesionales, en lo relativo al proceso de información y en la organización de la atención.

5.5.3. Medios de información.

5.5.3.1. Análisis general descriptivo.

Los medios de información utilizados en AP ocupan el 30% de las conversaciones de los participantes. El análisis con el programa Nudist codifica en 370 nodos los 833 párrafos y las 4164 líneas de conversación (Tabla 9).

Las mujeres realizan la mayoría de las intervenciones, más del doble de las emitidas por los varones. Los tipos de mensajes son mayoritariamente necesidades de información seguidos por las observaciones y a mayor distancia las mejoras expresadas y las reivindicaciones. Esta distribución es similar en ambos sexos, aunque los hombres proponen algunas medidas de mejora más que las mujeres y las mujeres realizan intervenciones más reivindicativas que los varones. Tabla 18.

En el análisis por edad se aprecia que los participantes de edad media aportan casi la mitad de las intervenciones, seguidos de los grupos de los mayores y de los jóvenes. El análisis del tipo de mensaje señala que los medios de información generan múltiples necesidades de información y observaciones en todas las edades pero los jóvenes expresan más propuestas de mejoras mientras que los mayores adoptan un talante más reivindicativo. Tabla 18.

En el análisis por nivel de estudios las intervenciones de los participantes con estudios obligatorios se contabilizaron 309 párrafos, mientras que el grupo con estudios superiores alcanzaron 280 párrafos, sin embargo la extensión en líneas es mayor en el grupo de estudios superiores 63% frente al 37% del grupo de estudios obligatorios. La distribución de las intervenciones por tipo de mensaje es diferente según el nivel de estudios, de forma que el grupo de estudios obligatorios expresan con mayor frecuencia necesidades de información, observaciones y reivindicaciones, mientras que las intervenciones del grupo de estudios superiores

aluden mayoritariamente a propuestas de mejora, cifra muy superior a la encontrada en el grupo de estudios obligatorios.

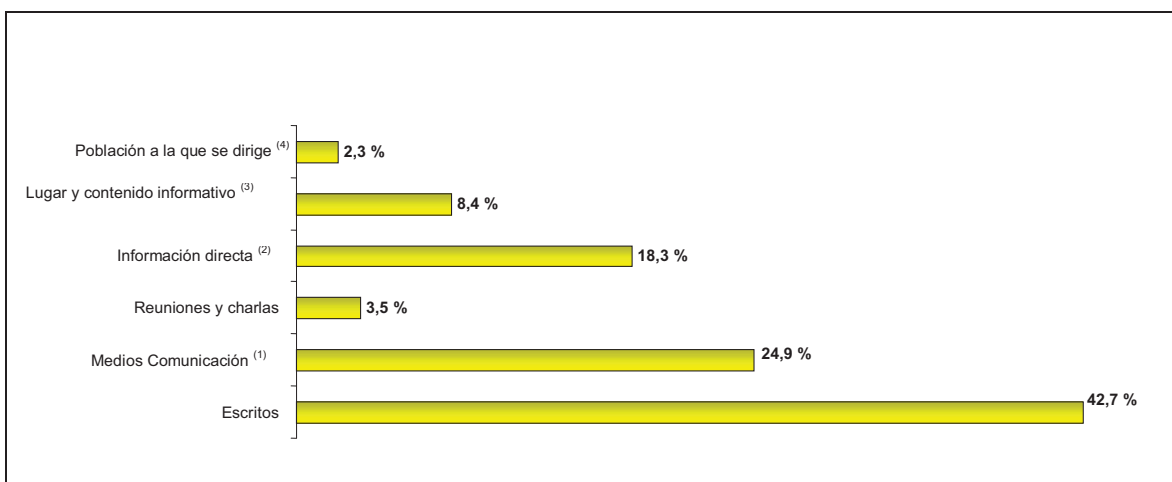
Tabla 18. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre medios de Información en AP según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

		Tipo Mensaje				Total n (%)†
		Necesidad Información n (%)*	Observación n (%)*	Reivindicación n (%)*	Mejora n (%)*	
Participantes	Asociaciones	147 (60,2%)	51 (20,9%)	22 (9,0%)	24 (9,8%)	244 (29,3%)
	Usuarios	299 (50,7%)	143 (24,3%)	20 (3,4%)	127 (21,6%)	589 (70,7%)
Sexo	Hombre	140 (51,5%)	66 (24,3%)	7 (2,6%)	59 (21,6%)	272 (32,7%)
	Mujer	306 (54,6%)	128 (22,8%)	35 (6,2%)	92 (16,4%)	561 (67,3%)
Total		446 (53,5%)	194 (23,3%)	42 (5,1%)	151 (18,1%)	833 (100%)
Edad	Jóvenes	68 (45%)	28 (18,6%)	8 (5,3%)	47 (31,1%)	151 (25,6%)
	Edad Media	142 (51,6%)	75 (27,3%)	1 (0,4%)	57 (20,7%)	275 (46,7%)
	Mayores	89 (54,6%)	40 (24,5%)	11 (6,8%)	23 (14,1%)	163 (27,7%)
Nivel Estudios	Obligatorios	178 (57,6%)	81 (26,2%)	12 (3,9%)	38 (12,3%)	309 (52,5%)
	Superiores	121 (43,2%)	62 (22,1%)	8 (2,9%)	89 (31,8%)	280 (47,5%)
Total		299 (50,7%)	143 (24,3%)	20 (3,4%)	127 (21,6%)	589 (100%)

*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración Propia.

Los canales de difusión de la información sanitaria de atención primaria que los participantes proponen se muestran en la Figura 13 y en la Tabla 19 en la que se puede identificar que casi la mitad de los párrafos se refieren a medios de información escritos, una cuarta parte a los medios de comunicación tradicionales y nuevas tecnologías de la información, en tercer lugar la información directa y a mayor distancia ocupan la conversación las alusiones al lugar de la información, las reuniones y la población a la que se dirige la información.

Figura 13. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de medios de información.



N=833. Fuente: Elaboración propia.

(*) Pie de Figura: (1) Medios de comunicación engloba medios de comunicación tradicionales (prensa general, radio, televisión, teléfono) y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (Internet). (2) Información directa reúne la obtenida en la comunicación interpersonal en el centro de salud, en las asociaciones y a través de conocidos, familiares y amigos. (3) Idoneidad del lugar y de los contenidos informativos en el centro de salud. (4) Adecuación de los diferentes canales de información a la población a la que se dirige.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las subcategorías de medios de información.

Medios de información	Párrafos n=833	%
Medios Escritos	356	42,7
Guía	63	7,6
Guía información servicios y organización	55	6,6
Recursos asistenciales	25	3,0
Localización	7	0,8
Dirección	2	0,2
Teléfonos	3	0,4
Horarios	2	0,2
Zonificación	4	0,5
Preguntas frecuentes	7	0,8
Listados médicos	8	1,0
AP	3	0,4
AE	5	0,6
SD	4	0,5
Otras guías	8	1,0
Enfermedades	3	0,4
Deberes y derechos usuarios	2	0,2
Hábitos saludables	3	0,4
Carteles informativos	85	10,2
Carteles enfermedades	37	4,4
Carteles asociaciones	4	0,5
Campañas	5	0,6
Hábitos saludables	4	0,5
Tablón anuncios actividades en CS	6	0,7
SD	29	3,5
Directorio	33	4,0
Paneles informativos entrada CS	26	3,1
Profesionales	13	1,6
Servicios	6	0,7
Horarios	2	0,2
Localización de consultas	5	0,6
Información en puerta servicio y profesional	7	0,9
Folleto	77	9,2
Servicios y organización del CS	31	3,7
Enfermedades	17	2,0
Actividades preventivas	19	2,3
SD	10	1,2

SD: Sin Determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las subcategorías de medios de información. (Continuación I).

Medios de información	Párrafos n=833	%
Medios Escritos	356	42,7
Correo	59	7,1
Postal	58	7,0
Carta	45	5,4
Personalizada	23	2,8
Edad y sexo	16	2,0
Diagnósticos	7	0,8.
Revisiones programadas crónicas	1	0,1
SD	21	2,5
Buzoneo	13	1,6
Organización y servicios	7	0,8
Marketing CS	5	0,6
Cuidados de salud	1	0,1
Electrónico	1	0,1
Otros	31	3,7
Libros salud	3	0,4
Prensa sanitaria	24	2,8
Periódico de la farmacia	21	2,4
Diario médico	3	0,4
Cuentos para niños	4	0,5
SD	8	1,0
Medios de comunicación	207	24,9
Televisión	92	11,1
Nacional.	41	5,0
Anuncios	12	1,4
Noticias	3	0,4
Programas	26	3,2
Local	16	1,9
Programas	16	1,9
SD	35	4,2
Radio	13	1,6
Prensa escrita	6	0,7
Tipo	2	0,2
Fin de semana	1	0,1
Anuncios	1	0,1
Contenidos	4	0,5
Horarios Servicios	1	0,1
Campañas Prevención	3	0,4

SD: Sin Determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las subcategorías de medios de información. (Continuación II).

Medios de información	Párrafos n=833	%
Medios de comunicación	207	24,9
Teléfono	20	2,4
Servicio telefónico 24 horas	12	1,4
Servicios	6	0,7
CS	4	0,5
Urgencias	1	0,1
Emergencias	1	0,1
Tipo de información	6	0,7
Horarios	1	0,1
Salud	1	0,1
Servicios	2	0,3
Recursos sanitarios especialistas	1	0,1
Recursos sociales	1	0,1
Mensajes a móviles	7	0,9
Recordatorios de citas	1	0,1
Información retrasos o tiempos de espera CS	4	0,5
SD	2	0,3
SD	1	0,1
Internet	70	8,4
Información servicio sanitario	27	3,2
Organización y servicios disponibles	20	2,4
Cada área de salud	6	0,7
Cada CS	14	1,7
SD	7	0,8
Información salud y enfermedad	31	3,8
Amplían y compara información del CS	12	1,5
Buscan información antes de ir a consulta	12	1,5
SD	7	0,8
SD	12	1,4
SD	6	0,7
Reuniones, cursos, charlas	29	3,5
Organizador	18	2,2
CS	12	1,4
Diputación	2	0,3
Asociaciones	2	0,3
Sanidad	1	0,1
SD	1	0,1
Contenidos	9	1,1
Prevención	4	0,6
Alimentación	2	0,2
Enfermedades	1	0,1
Sistema sanitario	2	0,2
Lugar	1	0,1
Barrio, Asociaciones vecinos y enfermos	1	0,1
SD	1	0,1

SD: Sin Determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las subcategorías de medios de información. (Continuación III).

Medios de información	Párrafos n=833	%
Información directa al usuario	152	18,3
CS	71	8,5
Área administrativa	2	0,2
Consulta	59	7,1
Oral	1	0,1
Escrita	9	1,1
Diagnóstico	6	0,8
Resultados de pruebas	2	0,1
SD	1	0,2
Familiares, conocidos, amigos	28	3,4
Asociaciones enfermos crónicos	25	3,0
Miembros	11	1,3
Comprensión apoyo	9	1,1
SD	2	0,2
Colaboradores	5	0,6
Psicólogos	2	0,2
Psiquiatras	2	0,2
Trabajadores sociales	1	0,1
Contenidos informativos	8	1,0
Como preguntar al médico	2	0,2
Otros recursos	6	0,8
SD	1	0,1
Otros	24	2,9
Educadores colegios	11	1,3
Farmacia	9	1,0
Asistente social	4	0,6
SD	4	0,5

SD: Sin Determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las subcategorías de medios de información. (Continuación IV).

Medios de información	Párrafos n=833	%
Idoneidad del lugar y contenidos informativos en CS	70	8,4
Lugar	26	3,1
Sala espera	25	3,0
Pasillos	1	0,1
SD	1	0,1
Tipos	24	2,9
Carteles	16	1,9
Revistas	2	0,3
Trípticos y Folletos	1	0,1
Pantallas audiovisuales	5	0,6
Contenidos	19	2,3
Salud	2	0,2
Enfermedad	8	1,0
Asociaciones enfermos	3	0,4
Servicios CS	5	0,6
Campañas de prevención	1	0,1
Campañas de vacunación	1	0,1
SD	3	0,4
Organización atención	1	0,1
SD	1	0,1
Idoneidad según población a la que van dirigidos	19	2,3
Niños y jóvenes	9	1,1
Lugar	3	0,4
Centros escolares, colegios	3	0,4
Tipos	6	0,7
Nuevas tecnologías	6	0,7
Edad media	6	0,7
Lugar	6	0,7
Empresas centros de trabajo	5	0,6
Consulta médico	1	0,1
Mayores	4	0,5
Lugar	3	0,4
CS	2	0,2
Domicilio	1	0,1
Tipos	1	0,1
Papel, escritos	1	0,1

SD: Sin Determinar. Fuente: Elaboración propia.

El análisis de contenidos por variables estructurales se detalla en la Tabla 20. Se observa cómo los grupos de asociaciones aluden especialmente a medios de información escritos y a la información directa, no expresando ningún comentario que haga referencia al tipo de población al que se dirige la información.

Los tipos de contenido emitidos mayoritariamente por ambos sexos son los medios escritos, pero los hombres insisten más en los medios de comunicación y en la importancia del lugar de la información y la población a la que se dirige. Las mujeres, sin embargo, se centran más en la información directa.

Los participantes con estudios obligatorios debaten en la mitad de sus intervenciones sobre medios escritos y en la cuarta parte sobre medios de comunicación, seguidos de la información directa. En los participantes con estudios superiores se igualan los comentarios sobre medios escritos y medios de comunicación.

Por grupos de edad, en los jóvenes los medios de comunicación se sitúan en el primer lugar, los participantes de edad media comentan más la información directa y dónde se da la misma, por último los mayores centran su conversación en los medios escritos y no hacen alusión a la población a la que se dirige la información.

Tabla 20. Frecuencia de párrafos relativos a necesidades de información sobre medios de información en AP según el contenido informativo y las variables estructurales.

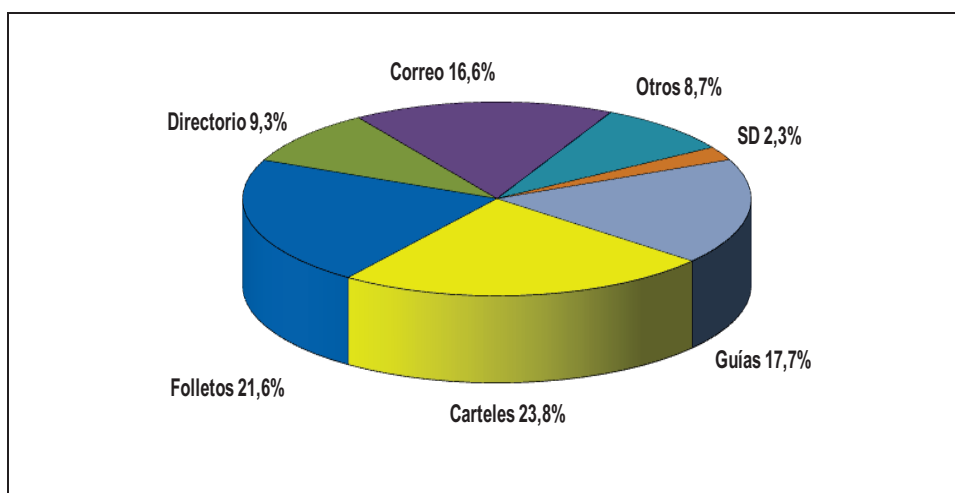
		Contenido Informativo						Total n (%)†
		Escritos n (%)*	Medios comunicación n (%)*	Reuniones y charlas n (%)*	Información directa n (%)*	Lugar n (%)*	Población n (%)*	
Participantes	Asociaciones	107 (43,9%)	35 (14,3%)	11 (4,5%)	64 (26,2%)	27 (11,1%)	0 (0,0%)	244 (29,3%)
	Usuarios	249 (42,3%)	172 (29,2%)	18 (3,1%)	88 (14,9%)	43 (7,3%)	19 (3,2%)	589 (70,7%)
Sexo	Hombre	105 (38,6%)	75 (27,6%)	12 (4,4%)	38 (14,0%)	30 (11,0%)	12 (4,4%)	272 (32,7%)
	Mujer	251 (44,8%)	132 (23,6%)	17 (3,0%)	114 (20,3%)	40 (7,1%)	7 (1,3%)	561 (67,3%)
Total		356 (42,7%)	207 (24,8%)	29 (3,5%)	152 (18,3%)	70 (8,4%)	19 (2,3%)	833 (100%)
Edad	Jóvenes	47 (31,1%)	63 (41,7%)	2 (1,3%)	24 (15,9%)	8 (5,3%)	7 (4,6%)	151 (25,6%)
	Edad Media	112 (40,7%)	56 (20,4%)	11 (4,0%)	50 (18,2%)	34 (12,4%)	12 (4,3%)	275 (46,7%)
	Mayores	89 (54,6%)	53 (32,5%)	5 (3,1%)	14 (8,6%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	163 (27,7%)
Nivel Estudios	Obligatorios	153 (49,5%)	76 (24,6%)	8 (2,6%)	51 (16,5%)	16 (5,2%)	5 (1,6%)	309 (52,5%)
	Superiores	96 (34,3%)	96 (34,3%)	10 (3,6%)	37 (13,2%)	27 (9,6%)	14 (5,0%)	280 (47,5%)
Total		249 (42,3%)	172 (29,2%)	18 (3,1%)	88 (14,9%)	43 (7,3%)	19 (3,2%)	589 (100%)

*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración Propia.

5.5.3.2. Medios de información escritos.

Los 356 párrafos que tratan de los medios de información escritos se organizan en siete apartados (Figura 14). Se puede observar que más del 63% corresponde a guías, carteles y folletos. Merece especial atención, el apartado que bajo el epígrafe correo reúne las propuestas sobre correo postal, buzoneo y correo electrónico que alcanza el 16,6% de las intervenciones.

Figura 14. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías medios de información escritos.



N= 356. Fuente: Elaboración propia.

Aunque el número de párrafos de intervención es mayor para los carteles y folletos, el tiempo dedicado en la conversación (en líneas transcritas) a las guías y los folletos es superior al dedicado a los otros medios (carteles, correo y directorios).

El interés de los participantes por los medios de información escritos es desigual en función de su procedencia, edad y nivel de estudios. Tabla 20.

Los grupos de asociaciones dedican casi la mitad de sus párrafos a medios escritos. Se centran especialmente en las guías y carteles seguidos a mayor distancia por el correo, los directorios, los folletos y otros.

Los jóvenes utilizan menos de la tercera parte de sus intervenciones a los medios escritos destacando entre ellos las guías y los folletos. Con menor frecuencia nombran los carteles y el correo. El 40,7% del discurso de los participantes de edad media trata los medios escritos, centrando la tercera parte de sus intervenciones en los folletos y el correo seguidos de los carteles. Los usuarios de grupos de mayor edad, utilizan más de la mitad de sus intervenciones a los medios escritos; los carteles y la prensa sanitaria ocupan casi las dos terceras partes, y el resto de la conversación es dedicado a los folletos.

La mitad de las intervenciones de los participantes de estudios obligatorios se centran en los medios escritos, mientras que los de estudios superiores le dedican una tercera parte. Los grupos de estudios obligatorios emplean casi las dos terceras partes del discurso a los folletos y carteles. Sin embargo los grupos de estudios superiores centran su interés en el correo y otros medios informativos.

En el análisis de resultados se observa cómo en algunos grupos se insiste en la seguridad que ofrece el disponer de medios de información escritos, mientras que en otros se menciona la dificultad real que ofrece este método para usuarios que no tienen el hábito de la lectura.

5.5.3.2.1. Las guías.

Las referencias a las guías aparecen en la conversación de los grupos de asociaciones, en los dos grupos de mayores, en los jóvenes de estudios superiores y en los de edad media con estudios obligatorios.

Los grupos describen las guías como un documento escrito, de extensión media que contenga información completa, práctica y actualizada.

Dependiendo de los contenidos informativos los participantes diferencian dos tipos de guías, por un lado las que informan sobre la organización y los servicios del sistema sanitario y otras específicas acerca de hábitos saludables, de enfermedades o de procedimientos concretos que amplíen la información directa de la consulta a familiares y enfermos, así como información relativa a los deberes y derechos de los usuarios.

Se reitera en la conversación, la solicitud de una guía que contenga toda la información sobre los servicios sanitarios de AP y su organización. Solicitan mayoritariamente el formato en papel, aunque los jóvenes sugieren que esa misma guía esté en soporte informático. Opinan que debería ser gratuita y facilitada por el sistema sanitario por diferentes vías, recogiéndola directamente en el centro o enviándola al domicilio. Sólo una participante manifestó que los usuarios con interés por conocer el sistema sanitario deberían adquirir la misma. Se valora positivamente tenerla en casa para ser consultada según sus intereses o necesidades cambiantes a lo largo del tiempo. Aflora el sentimiento de seguridad en la relación con el servicio sanitario que aporta disponer de información en el domicilio.

Esta guía debería estar diseñada para garantizar la utilidad general, independientemente de la edad, pero siempre debería ser complementada por información directa, especialmente en algunos casos de enfermedades que deterioran la agilidad lectora o en personas muy mayores.

Solicitan que los contenidos de la misma sean coordinados y completos, para ello debe incluir tanto los recursos públicos como los privados. Además debe detallar los servicios disponibles, la forma de acceso, los horarios, los teléfonos y las direcciones.

Otras necesidades informativas que expresan se refieren a la zonificación, a la información específica de cada CS, es decir a los servicios y los profesionales sanitarios disponibles para la libre elección. Por último, proponen como medio informativo la elaboración de un listado de respuestas a preguntas frecuentes.

“3: una guía, con todos los servicios que te ofrece ese centro, cuáles son los médicos, cómo puedes elegir esos médicos, si te dan para elegirlos o no, o cuáles son los horarios de visita a tu centro de salud, y los servicios”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/503)

“7:..., en cambio en casa, si tengo la guía ya voy sobre seguro”.

(S1/Asociaciones/Mujer/593)

“3: Podía estar en Internet y que tú fueras seleccionando lo que a ti te interesa,... , otra forma con las guías, sería ir por las casas y darlas”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/837)

“9: A mí me parece más salida, que la gente compre la guía, que reaccione y la gente al leerla quiera acudir al médico”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/984)

5.5.3.2.2. Los carteles.

Las 85 intervenciones con alusión a los carteles sitúan a este medio de información escrito en el primer lugar del global y de su grupo. Se menciona en todos los grupos, excepto en los de edad media con estudios superiores.

La exposición de carteles informativos en las instalaciones del CS la consideran como un medio adecuado para obtener información, con la limitación de que llega exclusivamente a los usuarios que acuden al centro.

Los contenidos informativos que consideran adecuados para los carteles son los relativos a enfermedades concretas, a información sobre asociaciones relacionadas con salud, a campañas de actividades preventivas, a actividades formativas que se realicen en el CS, así como a información relacionada con la organización del servicio sanitario. Tabla 19.

Los participantes recomiendan utilizar dibujos y colores que estimulen su atención y situarlos en las salas de espera, mejor que en los pasillos, favoreciendo su lectura durante los periodos de espera. Aunque consideran necesarios los carteles anunciadores de cambios en la organización del CS, opinan que no siempre tienen la efectividad informativa deseable debido a la falta de afición por la lectura de algunos usuarios. Como medida de mejora, solicitan que exista un punto de información en el CS en el que se conserven todos los carteles y folletos informativos expuestos a lo largo del tiempo, favoreciendo su consulta en caso necesario.

“9: ... una vez que acudes al centro de salud, si te fijas que hay carteles, trípticos informativos sobre diferentes campañas de vacunas, servicios, asociaciones relacionadas con distintas enfermedades...”

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/129)

“7: Y hay veces que se te pasa el tiempo y lees y tal y te informas además de cosas.

1: Cuando llevas allí mucho tiempo esperando, por narices tienes que leerlos”.

(S8/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/694)

“7: ... es a lo mejor una cuestión de planificar desde los coordinadores de cada centro de salud, la información que se va a poner por épocas, y luego utilizar algunos métodos que hay muy sencillos,..., no sé un cartelito que indique aquí están todos los folletos...”

(S2/Asociaciones/Hombre/657)

5.5.3.2.3. El directorio.

En 33 intervenciones se reclama la existencia de un directorio. Definido como una zona, a la entrada del centro, con información escrita en la que se indiquen los servicios, los nombres de los profesionales y la ubicación física de los mismos. En este sentido también solicitan que se identifique la actividad y el profesional o los profesionales que realizan esa actividad en cada consulta, especialmente si son varios en diferentes turnos. Los participantes opinan que la

ausencia de directorio en los centros les dificulta conocer y encontrar los servicios. Tabla 19.

“1:..., a la entrada no hay un sitio donde haya un panel informativo, donde ponga, pues hay matrona, hay psiquiatra, hay ginecóloga, por ejemplo”.

(S2/Asociaciones/Mujer/209)

“8: ..., vas al médico, que tiene una placa puesta fuera, se llama no sé cómo y encima si vas por la tarde es otro médico, pero no te ponen las dos placas, digo que éstos son detalles casi de cortesía”.

(S3/Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/391)

5.5.3.2.4. Los folletos.

Los folletos ocupan el segundo lugar en frecuencia de intervenciones de medios escritos con 77 párrafos. Todos los grupos excepto el de mayores de estudios superiores hacen referencia a los folletos.

Utilizan el término folleto para referirse a un medio escrito, algo menos extenso pero similar en el resto de las características a las guías. Son semejantes los contenidos informativos solicitados, el valor y la seguridad que genera tenerlo en casa para consultarlo cuando sea necesario. Otra utilidad otorgada a este medio es la de protocolizar la actuación del servicio sanitario ante determinadas situaciones.

Los consideran especialmente útiles para informar sobre los servicios y la organización del CS, pero también como medio de ampliar y revisar la información directa obtenida en la consulta acerca de enfermedades concretas. Reivindican este medio para recomendar actividades preventivas a la población general. Tabla 19.

“10:..., esto es un centro de salud, tiene usted estos servicios,..., y si luego tienes una ayuda en tu casa, o un tríptico con, que te va desmenuzando aquellos servicios que están puestos de una forma genérica, yo estoy segura de que todos sabríamos mucho mejor qué es un centro de salud, para lo qué sirve y para qué debemos ir, yo creo que sí”.

(S2/Asociaciones/Mujer/627)

“3:..., pero hay mucha gente, por ejemplo, como mi marido y mi madre, que no se enteran de nada, porque no leen, nada”.

(S9/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Obligatorios/107)

“2: ..., yo creo que lo mejor sería hacer folletos informativos de pues bueno, a los veinticinco años te tienes que ir a ver el ojo porque conviene que te vayas a ver el ojo, a los cuarenta tienes que ir a verte la próstata, a los cincuenta, no sé, yo creo que los folletos sí serían eficaces...”.

(S8/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/517)

“6: A mí sí me suele dar el médico mío, me suele dar el papelito,..., y me dice, tome esto para que te lo estudies, para que te lo leas, y me lo explica él, eso sí”.

(S6/Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/140)

5.5.3.2.5. El correo.

En 59 intervenciones se hace referencia al correo. Aparece en todos los grupos excepto en los jóvenes de estudios obligatorios.

Se considera un medio adecuado de información y comunicación con el sistema sanitario. Las cartas personales centran la mayoría de las aportaciones, seguidas del buzono indiscriminado y por último el correo electrónico. Tabla 19.

Conocen y valoran la utilización de cartas postales personalizadas, por edad y sexo, como la que ofrece la realización de mamografías. Debaten su utilidad para otras actividades preventivas y grupos de población. También se considera un medio adecuado para enviar los informes de diagnóstico y las citas para las revisiones programadas. Proponen aprovechar el envío de la tarjeta sanitaria para adjuntar información relativa a la organización y los servicios ofrecidos en el CS.

Se plantea el buzono indiscriminado a la población de la zona del CS con diferentes contenidos informativos como los servicios y la organización del centro, las actividades preventivas y los cuidados de salud. Emerge la necesidad de

mejorar la imagen que tienen los usuarios del servicio sanitario por este medio.

Los jóvenes solicitan incorporar el correo electrónico y los mensajes con el fin de agilizar las gestiones.

“10: ..., ofreciéndole el servicio de mamografía, para hacer el análisis anual, me pareció que ese sistema es bueno, que lo hagan por correo, ofreciendo el servicio, para que conozca el usuario, el servicio del que dispone el centro, ...”.

(S7/Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/398)

“3: Que parece mentira que en estos tiempos que corren, el marketing de la seguridad social, es nulo, o sea está cualquier supermercado, te llenan de información, una y otra, y otra vez por si no te has enterado, cualquier empresa de aspiración de lo que sea, enseguida te mandan un anuncio a tu casa, ...”.

(S2/Asociaciones/Mujer/492)

“5: ... pero directamente a tu casa, ... un tríptico, un folletito donde diga, los servicios que tiene usted en su centro de salud son éstos, con estos horarios, con esta fisio, con esta tal”.

(S2/Asociaciones/Mujer/575)

“7: Y que te puedas comunicar no solamente a través del teléfono, ..., entonces que haya otras vías de comunicación, ya sea correo electrónico, mensaje, no sólo para medicinas, sino para informarte de lo que te haga falta”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/479)

5.5.3.2.6. Otros medios de información escritos.

En 31 párrafos se hace referencia a otros medios de información escritos como los cuentos para niños, los libros y las revistas sobre salud, y por último la prensa sanitaria como el periódico de la farmacia y el diario médico. Tabla 19.

Los libros y revistas sobre salud y enfermedad son reconocidos como fuente fiable y básica de información en todos los grupos de edad. Se utilizan para buscar información concreta sobre algún problema de salud o para aumentar los conocimientos de forma general. Los periódicos de la farmacia son conocidos y valorados por los pacientes mayores de estudios superiores. Su variada temática y el carácter periódico y gratuito los convierte en

fuentes de información respetada por este colectivo. Las asociaciones aportan su experiencia satisfactoria con niños tanto en colegios como en familias de enfermos

“2:..., son cuentos para niños en edad escolar, pero pequeños, “a mi papá le pasa algo”, a su papá le paso algo, pues su papá tiene esquizofrenia o su mamá tiene depresión, y es un cuento.

5: Nosotros estamos haciendo cuenta cuentos, en los colegios, para explicar el porqué su madre está mala”.

(S1/Asociaciones/Mujer/852)

“5: ..., me gusta comprar libros sobre salud, medicina y esas cosas y ahí consulto, porque como los médicos no tienen tiempo para darte una explicación”.

(S8/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/607)

“9:..., yo siempre cojo el periódico, en las farmacias..., está muy bien, muy interesante, no sé si lo conoce usted”.

(S7/Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/504)

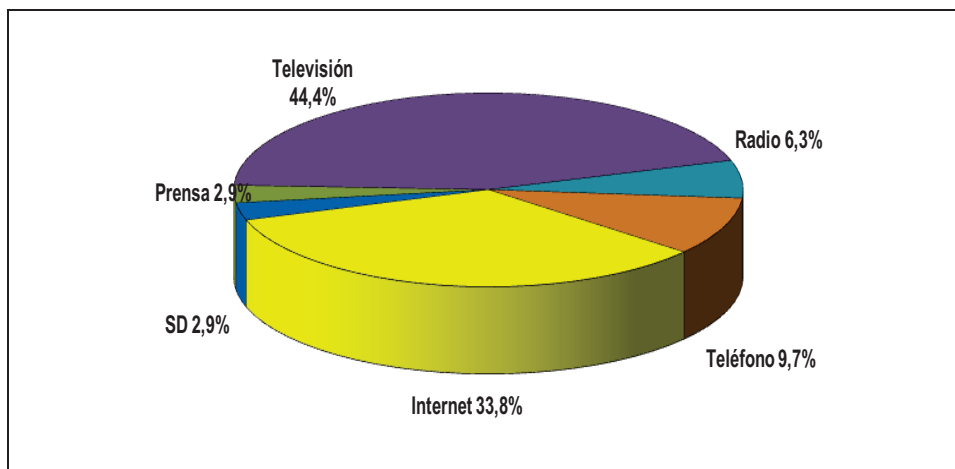
5.5.3.3. Medios de comunicación.

Los 207 párrafos dedicados a los medios de comunicación representan la cuarta parte de todos los contenidos informativos de medios de información. Tabla 19.

Los participantes atribuyen gran repercusión a la utilización de los medios de comunicación para transmitir información sanitaria y aunque reconocen su coste elevado son considerados como muy efectivos por alcanzar a amplios sectores de población.

La televisión ocupa el primer lugar, seguida de las nuevas tecnologías de búsqueda de la información como Internet. Figura 15.

Figura 15. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías medios de comunicación.



N= 207. Fuente: Elaboración propia.

La televisión es el principal medio de información para las personas mayores y en el nivel de estudios obligatorios. Sin embargo Internet es referido con más frecuencia por los jóvenes seguidos por los de edad media y los grupos de nivel de estudios superiores.

“2: ..., si trabajarán la educación para la salud en los medios de comunicación, de la manera que los medios de comunicación saben trabajarlos”.

(S1/Asociaciones/Mujer/812)

5.5.3.3.1. Televisión.

La televisión representa el 11,1% del espacio ocupado por todos los medios de información y el 44,4% de su grupo. Nombrada en todos los grupos su mención aumenta con la edad (mayores 50%, media 26%, jóvenes 14,2% y asociaciones 9,8%) y en el nivel de estudios obligatorios 53,2%. El análisis por variables estructurales de los grupos detecta que únicamente los varones de los grupos de asociaciones no hacen referencia a ella.

Los participantes atribuyen una gran repercusión a las campañas informativas que utilizan este medio, tanto a través de anuncios, noticias como programas divulgativos.

Dependiendo de los contenidos consideran más o menos adecuada su emisión a nivel local o nacional. Y la consideran apropiada tanto para tratar temas sobre prevención o sobre enfermedades concretas. Algunos participantes observan, que la falta de concordancia entre el contenido de los mensajes emitidos por los medios y la realidad del servicio sanitario, influye en su credibilidad. Este hecho también se ha referido al valorarse otros canales de comunicación, como los folletos. Creen que la utilización de este medio por parte de las instituciones sanitarias es intencionada y que la misma depende de la repercusión buscada. Un participante expresó que la televisión había sustituido al médico como primera fuente de información sobre salud, con el silencio cómplice del resto del grupo.

En el discurso de los jóvenes aparecen las series televisivas médicas (Dr. House, Urgencias, Hospital Central...) como medio de aprendizaje del funcionamiento del sistema sanitario y del manejo de las enfermedades. Los grupos de mayores y de edad media hacen alusión a programas matinales de divulgación de información sanitaria como “Saber vivir” como adecuados para aumentar sus conocimientos sobre las actividades preventivas y las enfermedades.

“2: Por eso, incluirlo en las noticias, como todos nos enteramos de ellas, sean mejores o sean peores, a todos llega, ¿no? Cuando ellos quieren, todos nos enteramos, que sea educación para la salud, en los medios de comunicación”.

(S1/Asociaciones/Mujer/ 818)

“10:... luego la televisión hoy en día, el tema sanitario, pues está prácticamente yo creo, todos los días en los telediarios, y a veces ...un poco sesgado, ¿eh?,..., da una información, a veces, muy optimista sobre ciertas cosas,...”.

(S1/Asociaciones/Mujer/235)

“5: Quizás esto ocurre porque la televisión ha sustituido al médico a la hora de informar, como los médicos normalmente recetan, te examinan si tienes algo, pero tampoco te informan demasiado, incluso cuando tienes una enfermedad, que no sea la típica gripe, pues tampoco la información es demasiado abundante”.

(S4/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/37)

5.5.3.3.2. Radio.

La radio es nombrada con menor frecuencia representando el 6,3% de su grupo y el 1,6% del total de medios de comunicación.

Es preferido por los pacientes mayores, los de edad media con estudios superiores y las mujeres de estudios obligatorios. Los contenidos informativos y la utilidad se consideran similares a la televisión, pero con un grupo de población distinto y menos numeroso.

“2: Sí, por la radio. Cuando vas en el coche, o si estás en casa”.

(S9/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Obligatorio/202)

5.5.3.3.3. Prensa.

La prensa escrita general representa el 2.9% de su grupo y 0,7% del global. Las mujeres de asociaciones y jóvenes con estudios superiores lo refieren como medio adecuado y utilizado para información sobre salud y organización del sistema sanitario. Detallan que la efectividad varía si la información se emite mediante anuncios o en una sección fija y si es en la edición diaria o en suplementos del fin de semana. Los contenidos solicitados para la prensa escrita son información sobre horarios y servicios del sistema sanitario, campañas y temas de prevención.

“3: Yo lo que más veo son los periódicos, que es donde viene más información y sobre todo los fines de semana, como viene con el suplemento de la revista,...”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/ 893)

5.5.3.3.4. Teléfono.

Las 20 intervenciones sobre el teléfono representan el 2,4% del global y el 9,7% de su subcategoría. La solicitud de información telefónica aparece en el discurso de las mujeres de asociaciones, los jóvenes con estudios superiores y el grupo de edad media. Se especifican las distintas utilidades que otorgan a este medio de comunicación.

Solicitan un servicio de información telefónico las 24 horas, como existe en el sistema sanitario privado, que proporcione información completa y variada. Los participantes consideran que es muy útil poder conversar y pedir orientación a un profesional que solucione sus dudas de manera rápida sobre síntomas clínicos, utilización de servicios en función de los síntomas (consulta, urgencias o emergencias) y administración de fármacos. También solicitan una información telefónica general sobre los servicios disponibles, los horarios, las citas, los requisitos de utilización y la forma de acceso tanto para los recursos sanitarios de AP como AE y con la inclusión de los recursos sociales.

En el 35% de las intervenciones solicitan ser informados a través de avisos o mensajes recordatorios (al móvil o al correo electrónico) para no olvidar las citas en las consultas de AP y AE, así como avisos acerca de las demoras de entrada a las consultas de AP.

“1:..., le puedes llamar un día por la noche, y decir, tengo fiebre y me alarmino, no me alarmino, tengo granitos voy para allá, ¿existe eso? ...”

(S2/Asociaciones/Mujer/251)

“4: ..., si el paciente se está visitando ahora mismo de las diez y cuarto, si es que es automático, pues mandar un mensaje, pues no venga usted a esa hora que hay cuarenta y cinco minutos de retraso”.

(S10/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/776)

5.5.3.3.5. Internet.

Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación generan la tercera parte de las intervenciones sobre medios de comunicación. Internet se menciona en 70 intervenciones ocupando el segundo lugar de todos los medios de comunicación, sólo por detrás de la televisión. En esta subcategoría medios de información representa el 8,4%. En seis grupos se aborda el gran potencial que tiene Internet en la obtención de información sanitaria. La mayoría de los mensajes son mejoras expresadas seguidas de necesidades de información. Los grupos de mayores, tanto de estudios obligatorios como superiores, no mencionan este medio en sus intervenciones. Sin embargo los participantes de estudios superiores emiten la mitad de estos mensajes.

Afirman en 27 párrafos utilizar este medio para buscar información sobre síntomas, diagnósticos y tratamientos. La búsqueda se suele efectuar antes de acudir a la consulta de atención primaria. En ocasiones, también se realiza con el objeto de comparar o ampliar la información obtenida en la consulta. Se reconoce la posible falta de rigor de alguna de las informaciones que pueden encontrar en la red y por ello no confían totalmente en sus contenidos, especialmente si no coincide con el criterio de sus sanitarios, a los que en general, se les otorga mayor credibilidad. Un participante expresó que su médico le facilitaba direcciones de páginas web, fiables para informarse de sus patologías crónicas.

Los jóvenes, formulan propuestas novedosas relacionadas con la utilización de nuevas tecnologías de la información para la divulgación de contenidos relacionados con la salud. Proponen una visita virtual al Centro de Salud para conocerlo antes de ir, y en la que se incluyan diferentes datos del centro: la forma de contacto, los servicios

ofertados, los profesionales que trabajan en el mismo, etc. Otras propuestas son el diseño de una tarjeta sanitaria provista con microchips que permita tener acceso a la historia clínica o al menos a los tratamientos que tienen prescritos; la instalación de pantallas audiovisuales informativas en las salas de espera de los centros de salud que informen sobre la organización, los servicios disponibles, las actividades preventivas, etc.; y por último uno de los participantes propone la difusión de la información en soporte de audio, como el mp3, en lugar de soporte escrito, ya que muchas personas de su grupo de edad prefieren escuchar a leer.

“10: ..., mucha gente accede a través de Internet a enfermedades..., pues lleva a veces a malos entendidos y si no se hace un filtro por ejemplo a través del centro de salud,...”

(S1/Asociaciones/Mujer/226)

“3: Hombre, no sólo miro una página, pero intento mirar varias, para ver si coinciden o no..., sí y coinciden y me quedo más tranquila...”

(S9/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Obligatorios/173)

“2:..., mi médico me da una dirección en Internet, para enseñar todo y yo entro y te da información sobre tu enfermedad, yo creo que toda la información es buena”.

(S10/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/119)

“4:..., la visita virtual, ..., y es que antes de ir, has estado en esa zona, ..., cómo se distribuye el centro..., pues en cinco minutos en una visita, ...desde mi casa y no salgo”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/968)

“2: Si esto nos lo dieran en un mp3, y lo pusiéramos en la oreja, a lo mejor sí lo oyes”.

(S4/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/69)

5.5.3.4. Reuniones o charlas.

Las 29 intervenciones referidas a esta subcategoría constituyen el 3,5% del total de esta categoría. En ocho grupos se mencionó la conveniencia de realizar charlas en el CS organizadas por los sanitarios y dirigidas a la población de zona. Las intervenciones más numerosas se realizan en los grupos de asociaciones y edad media (38% en cada uno), y en el nivel de

estudios superior (34,4%). No aparece este contenido informativo en el grupo de mayores de estudios superiores, ni en el de jóvenes de estudios obligatorios.

El valor que otorgan a este tipo de actividad es elevado y lamentan la escasa asistencia a las pocas actividades que se realizan. En un grupo de asociaciones solicitan cursos más extensos con información más precisa sobre enfermedades concretas.

Se considera un medio adecuado para transmitir información. Detallan los contenidos informativos y la importancia del organizador como aval para el interés y asistencia a las mismas. Valoran positivamente que la organización se realice por el CS, por otros organismos oficiales (Sanidad, Diputación) y por las asociaciones. Los contenidos a incluir señalados son: información general sobre el sistema sanitario, la prevención, los cuidados de salud especialmente sobre alimentación, y también las enfermedades. El lugar de las reuniones sugerido es el más cercano posible al usuario en el barrio, el CS, las asociaciones de vecinos o de enfermos.

“5: Se podrían hacer charlas, creo, a lo mejor, en los barrios,...”

(S4/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/520)

“8: También es verdad que luego muchas veces aunque pides la información, luego no se acude,..., y la verdad es que luego vas a las charlas y dices, pero si somos cuatro, en realidad la gente, luego se queja”

(S4/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/633)

“2: Yo creo que sería mejor, yo creo que sería más eficaz, incluso más directamente, haciendo charlas,...”

(S8/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/517)

“5: Pues medios, los más cercanos posibles,..., hacer charlas educativas,..., el Departamento de Sanidad Pública está haciendo mucho eso, está dando charlas sobre enfermedades, sobre alimentación, y eso funciona, yo creo que la gente, para prevenir las enfermedades, nada mejor que conocerlas,...”

(S1/Asociaciones/Mujer/473)

5.5.3.5. Información directa al usuario.

La información directa al usuario es considerada importante como medio para obtener información sanitaria. Ocupa el tercer lugar de esta categoría con 152 intervenciones. Tabla 19.

Puntualizan que la información directa puede obtenerse a través de diferentes fuentes: el CS, los familiares, amigos y conocidos, y las asociaciones. Con menor frecuencia refieren la farmacia, los educadores y los trabajadores sociales.

El CS es el principal lugar de obtención de información directa para los usuarios. Su referencia se encuentra en más de la mitad de las intervenciones del discurso de los tres grupos de la variable edad. La familia, los conocidos y amigos ocupan el segundo lugar en todos ellos. La mayoría de las referencias a la información sobre asociaciones es generada por dicho colectivo.

La información obtenida en el CS se prioriza en los grupos de estudios obligatorios mientras que son la familia, los conocidos y los amigos la fuente de información que ocupa el primer lugar en los participantes de estudios superiores.

5.5.3.5.1. Información directa en el centro de salud.

El CS es el referente principal de información directa con 71 párrafos. Relatan sus preferencias en relación a la forma y el contenido de la información en las diferentes áreas. Tabla 19.

El área administrativa pero fundamentalmente las consultas con médicos y enfermería, tanto de carácter ordinario como urgente, es señalado como el momento primordial para la obtención de información.

La personalización de la información en función de las características del paciente receptor es una de las

propuestas que de forma reiterada se realiza en todos los grupos.

Sugieren que la información se adecue al motivo de consulta o proceso que presenta el paciente y se facilite tanto de forma verbal como escrita, especialmente en lo relativo a los resultados de las pruebas, los diagnósticos y los tratamientos. De esta manera podrían revisar o repasar el contenido informativo de la consulta, las recomendaciones y prescripciones, lo que en definitiva redundaría en una reducción de las dudas y confusiones.

La información sobre los servicios sanitarios disponibles durante el desarrollo de una consulta por otros motivos genera posiciones antagónicas entre los participantes. Algunos consideran que contactos puntuales con el sistema sanitario, en personas que acuden poco, es el momento adecuado para informar, otros sin embargo opinan que cuando acuden enfermos, su preocupación por el proceso agudo, les imposibilita retener más información sobre otros asuntos organizativos.

Todos los grupos identificaron al médico como el profesional que facilita la información. En 8 grupos se hace referencia a los profesionales de enfermería. Destacan su papel, sobre todo los grupos de pacientes mayores y de edad media, por la cercanía y mayor disponibilidad de tiempo en la consulta, para hablar y preguntar. Sin embargo este reconocimiento no aparece en el discurso de los dos grupos de jóvenes. Por otra parte el número de grupos que aluden a la información obtenida a través del área administrativa es menor.

Aunque se debate sobre la importancia creciente de otras fuentes de información la mayoría de los grupos

reconocen el papel central, cercano y fiable de la información sanitaria que se recibe desde los centros de AP.

La importancia de la comunicación directa en la consulta tiene su máxima expresión en la capacidad “curativa” que le atribuye una participante.

“8: ..., a mí me puede más la palabra que el Augmentine, cuando voy a mi médico de cabecera, así es, que te lo explique bien, y cercano, no todo el mundo va a ser simpático, pero sí que es importante esa parte de habilidad social, o de empatía así, ..., yo siempre lo digo que voy a mi médico porque salgo curada, entonces sí que es importante”.

(S2/Asociaciones/Mujer/166)

“4: ..., muchas veces cuándo acudes, ...no te queda más remedio, y estás enfermo y no dispones del tiempo suficiente, para que te den toda esa información que realmente necesitas,“.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/145)

“2: Realmente hablas más con la enfermera que con el médico,..., vamos cada mes y medio o así, y la verdad, hablamos con ella, y la verdad es que te explica, que da gloria, ya le digo, hija, da gusto”.

(S5/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/199)

“4: Yo digo eso, que informe el médico cuando vas a consulta, que te informe de los servicios que presta”.

(S9/Usuarios/Mujer/Jóvenes/obligatorios/137)

5.5.3.5.2. Información directa por familiares, conocidos y amigos.

En siete grupos los usuarios reconocen solicitar información sanitaria a conocidos, familiares y amigos. Los 28 párrafos correspondientes suponen el 18,4% de su subcategoría en todos los grupos, excepto en los de asociaciones, esta es la segunda fuente de información sanitaria directa. Tabla 19. En la conversación de las mujeres jóvenes de estudios superiores destaca como fuente de información el papel de la madre conocedora por su experiencia en la utilización del sistema sanitario. Los amigos y sus experiencias con el sistema sanitario son la otra fuente de información para los más jóvenes.

“3: Yo menos mal, que tengo a mi madre, que lo sabe todo.

7: Las madres.

3: *Mi madre lo sabe todo*".

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/656)

"4: Lo que pasa que es un conocimiento que se da luego con la experiencia, el conocimiento que tú has tenido de personas afines a ti, por ejemplo si sabes que unos amigos han tenido un hijo que ha tenido una hepatitis, pues saber a ver cómo le han podido llegar a contagiar, cómo es la enfermedad, qué síntomas ha tenido".

(S10/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/44)

5.5.3.5.3. Información directa en las asociaciones.

La totalidad de las intervenciones referentes a este contenido es aportada por los representantes de las asociaciones.

Perciben que hablar con personas ajenas al sistema sanitario con problemas parecidos o experiencias previas ayuda a superar las dificultades. En ocasiones, el simple acompañamiento y escucha resulta beneficioso. La información o apoyo es solicitada tanto a los miembros de las asociaciones como a sus colaboradores psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Las barreras en la comunicación con los sanitarios pueden superarse con menor dificultad con su ayuda.

"9: ..., la gente lo que nos pide es más bien, todo lo que no les explica el médico, yo que sé, me refiero desde el poder ponerme una peluca, por ejemplo, una prótesis mamaria, o cualquier recurso social, la ayuda a domicilio, o la colectiva de pensiones, o discapacidades...".

(S1/Asociaciones/Mujer/693)

"2: ..., una persona cercana, ... que no tuviera bata, ...que ellos vieran que pueden confesar con esa persona ..., que sepan que le puede decir pues qué es lo que puede suceder ahora, o qué gestión tienen qué hacer".

(S1/Asociaciones/Mujer/506)

"2: ..., En busca de, no sé si llamarlo comprensión o un apoyo".

(S1/Asociaciones/Mujer/543)

5.5.3.5.4. Otras fuentes de información directa.

La farmacia aparece como fuente de información en cuatro grupos, y de forma especial se menciona en los participantes de edad media y mayores sin estudios

superiores. Los educadores en los colegios, por su capacidad para observar y detectar problemas de salud en los niños son valorados por los grupos de edad media mientras que los trabajadores sociales aparecen en un grupo de asociaciones. Tablas 19 y 20.

“4: vas casi más a la farmacia y en la farmacia casi te indican más, que en el centro”.

(S5/Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/505)

5.5.3.6. Idoneidad del lugar y de los contenidos informativos en el centro de salud.

Las 70 intervenciones relacionadas con esta subcategoría, repartiéndose entre la importancia del lugar de la información dentro del centro de salud, el tipo de medio y el contenido de la información. Tabla 19.

Los participantes de edad media y estudios superiores realizan la mayoría de las aportaciones de este contenido seguidos por los grupos de asociaciones.

La información escrita (trípticos, carteles, folletos, libros, revistas) y audiovisual (monitores de televisión) la consideran idónea y efectiva si es situada en las salas de espera, por el tiempo que permanecen en ellas, a diferencia de los pasillos considerados como lugar de tránsito. Se propone un tablón informativo a la entrada del centro que anuncie las charlas o reuniones desarrolladas por el CS.

Los contenidos son los mismos referidos en otros apartados, abarcado la organización de la atención, los servicios disponibles, los cuidados de salud, las campañas de prevención, las enfermedades y las asociaciones existentes.

“6: ..., lo de las pantallas que estamos diciendo, eso sería una idea extraordinaria, si yo estoy ahí y estoy medio dormido, una hora, pero si estoy ahí, pero si esto no lo sabía, no lo sabíamos esto, te están dando una información, que tienes ahí te estas informando a la vez que estás esperando”.

(S10/Usuarios/Hombre/Media/Superiores/902)

“1: Sí, como no van a servir, sobre todo para entretenerte y para pasar el rato, llevas allí un rato, es que aunque no quieras tienes que leer todos los carteles”.

(S8/Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/687)

“3: yo veo carteles, porque hay muchos carteles allí, pero a lo mejor ya que estás tanto tiempo esperando ..., pues echaría en falta ... una revista de salud, de todo lo que hacen, aunque no sea para mí, ..., pero a lo mejor a mi madre, ..., le viene bien”.

(S3/Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/70)

“7: ..., haya un área global de información, ..., o una pantalla ... de televisión, con una grabación, que esa información que se vaya reproduciendo”.

(S2/Asociaciones/Hombre/671)

5.5.3.7. Idoneidad según la población a la que van dirigidos.

En 19 aportaciones los participantes opinan que para optimizar la información sobre salud y sistema sanitario se hace necesaria una adaptación y diversificación de los contenidos, el formato y los medios a las preferencias y necesidades de los diferentes grupos de usuarios. Esta afirmación es más acentuada en los grupos de jóvenes y de edad media, especialmente con estudios superiores. Tabla 20.

El objetivo principal sería trasladar la información del sistema sanitario al lugar natural de encuentro o reunión de la población en función de la edad. De este modo, se conseguiría aumentar la cobertura de la población con información sanitaria. Sugieren llevar la información dirigida a los niños y jóvenes a los centros educativos y a las asociaciones juveniles. La población de edad media opina que habría que acercarla a los centros de trabajo y utilizar las consultas esporádicas de esa población para informar sobre servicios, actividades preventivas, etc. Aunque los pacientes mayores acuden con frecuencia al CS, proponen el envío de cartas a los domicilios y la utilización de los centros de mayores.

Vuelve a ser la edad uno de las variables que consideran importantes para elegir el medio apropiado, y así les parecen

adecuadas las nuevas tecnologías, las charlas, campañas y folletos para los niños y jóvenes; las guías y la información directa para los de edad media, y por último la televisión, las cartas y folletos para los mayores.

“2:... información en los centros escolares, información de trípticos de campañas, de folletos, de ir al centro a informar y también una reunión de padres en los centros escolares que se acercan a informar”.

(S4/Usuarios/Mujer/Media/Superiores/494)

“11:..., la forma de presentar los mismos contenidos, no tiene que ser igual, para chavales, que para gente de nuestra edad, que para personas mayores, los centros de interés, tampoco son los mismos, ...”.

(S3/Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/826).

5.5.4. Barreras a la información.

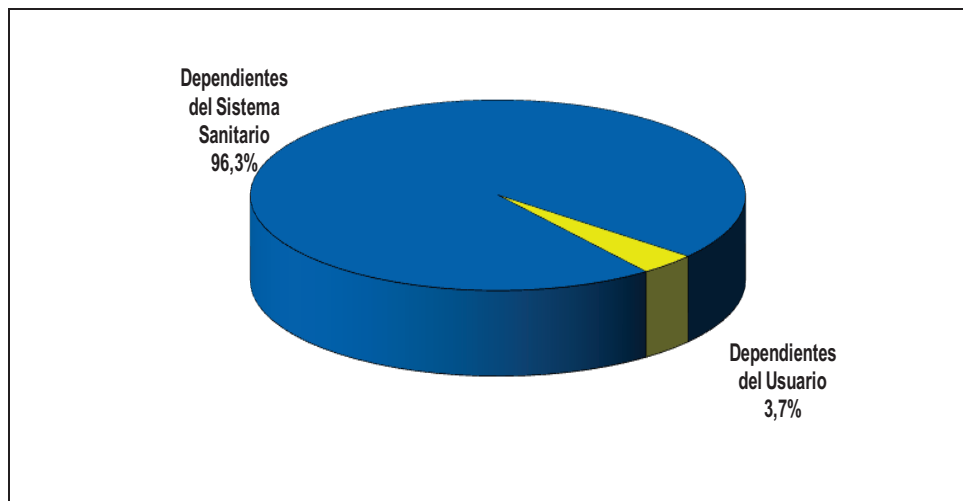
5.5.4.1. Análisis general descriptivo.

En el discurso de todos los grupos aparecen intervenciones en las que se reflexiona sobre este aspecto y en su opinión la presencia de estas barreras dificulta el acceso a la información del servicio sanitario.

Estos contenidos ocupan 1632 párrafos codificados en 498 nodos con una extensión de 7728 líneas (Tabla 9).

Las barreras a la información reseñadas se pueden agrupar, según el origen de las mismas, en dependientes del sistema sanitario y las dependientes del usuario. Figura 16.

Figura 16. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías barreras a la información.



N= 1632. Fuente: Elaboración propia

La Tabla 21 muestra las subcategorías en las que se agrupan los contenidos informativos de las barreras a la información, se detallan los párrafos codificados en cada una de ellas y la frecuencia relativa que representan del total.

Tabla 21. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las barreras a la información en AP.

Barreras Información	Párrafos n=1632	%
Dependientes del Usuario	61	3,7
Mala utilización del sistema sanitario	32	1,9
Normas básicas educación	6	0,4
Mal uso de servicios sanitarios	25	1,5
SD	1	0,06
Dificultades para solicitar y recibir información	29	1,8
No preguntan	13	0,8
No receptivos a la información	8	0,5
SD	8	0,5
Dependientes del sistema Sanitario	1571	96,3
Contenido de la información	164	10,0
Actualizada	55	3,4
Formación continuada en contenidos	55	3,4
Sanitarios	32	2,0
No sanitarios	20	1,2
SD	3	0,2
Coordinada	65	4,0
Entre profesionales AP	10	0,6
Entre AP Y AE	6	0,4
Entre medios de información y sistema sanitario	20	1,2
Entre otros organismos y sistema sanitario	29	1,8
Completa	30	1,8
Comprensible	9	0,5
SD	5	0,3
Forma de la información	170	10,4
Cómo se dicen las cosas	68	4,2
Efecto de la información	36	2,2
Personalizar la información	58	3,5
SD	8	0,5

SD: sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las barreras a la información en AP. (Continuación I).

Barreras Información	Párrafos n=1632	%
Dependientes del sistema Sanitario	1571	96,3
Trato	276	16,9
Sanitarios a pacientes	191	11,7
Variabilidad profesional	100	6,1
Sanitarios favorecen	68	4,1
Sanitarios dificultan	32	2,0
Factores que influyen	41	2,5
Tipo de médico	34	2,1
Tipo de patología	7	0,4
SD	50	3,1
Administrativos a pacientes	25	1,5
Variabilidad personal	11	0,7
SD	14	0,9
Pacientes a Sanitarios	29	1,8
Cambio modelo relación médico paciente	29	1,8
Formación profesionales trato usuario	31	1,9
Habilidades comunicación	17	1,1
Forma de informar	11	0,7
SD	3	0,2
Ambiente	110	6,8
Ambiente físico	61	3,7
En consulta	15	0,9
Prisa médico	5	0,3
Exceso pacientes	10	0,6
En sala de espera	46	2,8
Aglomeración pacientes	25	1,5
Retrasos entrar consulta	21	1,3
Ambiente laboral	22	1,3
Falta satisfacción personal	22	1,3
SD	27	1,6

SD: sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las barreras a la información en AP. (Continuación II).

Barreras Información	Párrafos n=1632	%
Dependientes del sistema Sanitario	1571	96,3
Accesibilidad	482	29,6
Área administrativa	50	3,1
Teléfono	19	1,2
Mostrador	15	0,9
SD	16	1,0
Atención primaria	241	14,8
Listas de espera	108	6,6
Retrasos en la atención	80	4,9
Continuidad asistencial	29	1,8
SD	21	1,3
Identificación del profesional	3	0,2
Atención especializada	148	9,1
Listas de espera	57	3,5
Libre elección especialista	63	3,9
Información cualificada	31	1,9
Mal uso gestión consulta privada y listas de espera	3	0,2
SD	29	1,8
Continuidad asistencial	9	0,5
Información completa de las citas	19	1,2
Lugar de la información	43	2,6
La información sólo está en sistema sanitario	37	2,3
SD	6	0,4

SD: sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21. Distribución de frecuencias de los párrafos según los contenidos informativos sobre las barreras a la información en AP. (Continuación III).

Barreras Información	Párrafos n=1632	%
Dependientes del sistema Sanitario	1571	96,3
Tiempo	264	16,2
Imprescindible	87	5,3
Comunicación médico-paciente	87	5,3
Historia clínica	43	2,6
Informar de todo	22	1,3
SD	22	1,3
Tipo profesional	26	1,6
Enfermería dispone de más tiempo	26	1,6
Tipo paciente	24	1,5
Mayores necesitan más tiempo	24	1,5
Contenido consulta	24	1,5
Exceso trabajo	69	4,2
Pacientes por médico	69	4,2
Exceso burocracia	11	0,7
SD	23	1,4
Ordenador	105	6,4
Ayuda burocracia	73	4,5
Competencia con paciente por tiempo del médico	6	0,4
SD	26	1,6

SD: sin determinar. Fuente: Elaboración propia.

El contenido informativo de las barreras dependientes del sistema sanitario más repetido es la accesibilidad a la información, seguida del trato y el tiempo; a continuación la forma y el contenido informativo y, en último lugar, se hace referencia al ambiente y a la presencia del ordenador en la consulta.

En las Tablas 22 y 23 se muestran los resultados de las barreras a la información por variables estructurales tanto de sus contenidos como de los tipos de mensajes.

Los mensajes son mayoritariamente observaciones, seguidos a gran distancia de las reivindicaciones, de las necesidades de información y, en último lugar, de las mejoras expresadas. Tabla 22.

Tabla 22. Frecuencia de párrafos relativos a barreras a la información sobre sistema sanitario de AP, según el tipo de mensaje y las variables estructurales.

		Tipo Mensaje				Total n (%)†
		Necesidad Información n (%)*	Observación n (%)*	Reivindicación n (%)*	Mejora n (%)*	
Participantes	Asociaciones	51 (21,9%)	127 (54,5%)	38 (16,3%)	17 (7,3%)	233 (14,3%)
	Usuarios	145 (10,4%)	950 (67,9%)	192 (13,7%)	112 (8,0%)	1399 (85,7%)
Sexo	Hombre	62 (8,4%)	501 (67,8%)	112 (15,2%)	64 (8,6%)	739 (45,3%)
	Mujer	134 (15,0%)	576 (64,5%)	118 (13,2%)	65 (7,3%)	893 (54,7%)
Total		196 (12,0%)	1077 (66,0%)	230 (14,1%)	129 (7,9%)	1632 (100%)
Edad	Jóvenes	45 (23,7%)	122 (64,2%)	16 (8,4%)	7 (3,7%)	190 (13,6%)
	Edad Media	63 (7,9%)	505 (63,6%)	131 (16,5%)	95 (12,0%)	794 (56,8%)
	Mayores	37 (8,9%)	323 (77,9%)	45 (10,8%)	10 (2,4%)	415 (29,6%)
Nivel Estudios	Obligatorios	65 (9,1%)	464 (65,3%)	99 (13,9%)	83 (11,7%)	711 (50,8%)
	Superiores	80 (11,6%)	486 (70,7%)	93 (13,5%)	29 (4,2%)	688 (49,2%)
Total		145 (10,4%)	950 (67,9%)	192 (13,7%)	112 (8,0%)	1399 (100%)

*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23. Frecuencia de párrafos relativos a barreras a la información sobre sistema sanitario de AP según el contenido informativo y las variables estructurales.

		Contenido Informativo								Total n (%)†
		Dependiente Usuarios	Dependientes Sistema Sanitario							
		n (%)*	Contenido n (%)*	Forma n (%)*	Trato n (%)*	Accesibilidad n (%)*	Ambiente n (%)*	Tiempo n (%)*	Ordenador n (%)*	
Participantes	Asociaciones	24 (10,3%)	63 (27,0%)	45 (19,3%)	65 (27,9%)	13 (5,6%)	2 (0,9%)	15 (6,4%)	6 (2,6%)	233 (14,3%)
	Usuarios	37 (2,6%)	101 (7,2%)	125 (8,9%)	211 (15,1%)	469 (33,5%)	108 (7,8%)	249 (17,8%)	99 (7,1%)	1399 (85,7%)
Sexo	Hombre	20 (2,7%)	61 (8,3%)	52 (7,0%)	112 (15,2%)	207 (28,0%)	76 (10,3%)	154 (20,8%)	57 (7,7%)	739 (45,3%)
	Mujer	41 (4,6%)	103 (11,5%)	118 (13,2%)	164 (18,4%)	275 (30,8%)	34 (3,8%)	110 (12,3%)	48 (5,4%)	893 (54,7%)
Total		61 (3,7%)	164 (10,0%)	170 (10,4%)	276 (16,9%)	482 (29,6%)	110 (6,8%)	264 (16,2%)	105 (6,4%)	1632 (100%)
Edad	Jóvenes	6 (3,2%)	21 (11,0%)	26 (13,7%)	23 (12,1%)	68 (35,8%)	4 (2,1%)	22 (11,6%)	20 (10,5%)	190 (13,6%)
	Edad Media	10 (1,3%)	74 (9,3%)	90 (11,3%)	147 (18,5%)	246 (31,0%)	42 (5,3%)	129 (16,2%)	56 (7,1%)	794 (56,8%)
	Mayores	21 (5,1%)	6 (1,4%)	9 (2,2%)	41 (9,9%)	155 (37,3%)	62 (15,0%)	98 (23,6%)	23 (5,5%)	415 (29,6%)
Nivel Estudios	Obligatorios	18 (2,5%)	58 (8,2%)	50 (7,0%)	130 (18,3%)	236 (33,2%)	60 (8,4%)	95 (13,4%)	64 (9%)	711 (50,8%)
	Superiores	19 (2,8%)	43 (6,2%)	75 (10,9%)	81 (11,8%)	233 (33,9%)	48 (6,9%)	154 (22,4%)	35 (5,1%)	688 (49,2%)
Total		37 (2,6%)	101 (7,2%)	125 (8,9%)	211 (15,1%)	469 (33,5%)	108 (7,8%)	249 (17,8%)	99 (7,1%)	1399 (100%)

*: Porcentaje de fila. †: Porcentaje de columna. Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres emiten la mayoría de los párrafos. Estos resultados concuerdan con el mayor número de mujeres que participan en los grupos. Ellas realizan el doble de intervenciones que los varones en relación con las barreras dependientes del usuario y manifiestan mayor interés por la accesibilidad, el trato, la forma y el contenido de la información. Los varones sin embargo, expresan mayor preocupación por el tiempo, el ambiente y la presencia del ordenador en la consulta.

Al analizar los resultados por el nivel de estudios en esta subcategoría no encontramos diferencias en el grado de participación en las barreras dependientes de los usuarios, que son las menos numerosas, ni en la accesibilidad, que con la tercera parte de los contenidos ocupa el primer lugar. El tiempo se sitúa en el segundo lugar con más intervenciones en el grupo con estudios superiores, seguido del trato, pero este orden se invierte en el grupo de estudios obligatorios. Siguen en importancia las referencias a la forma y el ambiente en el grupo con estudios superiores mientras que los participantes con estudios obligatorios dedican mayor número de intervenciones al ordenador y al ambiente.

El grado de participación por edad indica que los jóvenes contribuyen poco en esta categoría siendo las mujeres de este grupo las que emiten más mensajes. Como ya se expuso en material y método se realizaron cuatro grupos de edad media por lo que en sus conversaciones aportan más de la mitad de las intervenciones. Los grupos de mayores contribuyen con casi la tercera parte, siendo los varones más activos en este grupo.

La distribución de contenidos por edad sigue el patrón general con un pequeño porcentaje de intervenciones que reconocen en el usuario las barreras, siendo superior esta percepción en los mayores frente a los jóvenes y los de edad media. Entre las barreras del sistema sanitario, la protagonista principal es la

accesibilidad a la información con la tercera parte de los mensajes. Los mayores hacen más alusiones al tiempo y al ambiente. Los jóvenes centralizan su debate en la forma, el trato, los contenidos, el tiempo y el ordenador. Mientras que a los participantes de edad media les preocupa el trato y el tiempo por delante de la forma y el contenido de la información.

Los grupos de asociaciones expresan 233 mensajes. En estos grupos, las mujeres participaron mayoritariamente ocupando el 87,5% párrafos. Las asociaciones sitúan en primer lugar el trato como la barrera más nombrada, seguida del contenido del mensaje y la forma de la información. Son los que más alusiones hacen a las barreras dependientes de los usuarios, por el contrario apenas hacen referencia al ambiente y a los ordenadores.

5.5.4.2. Barreras dependientes del usuario.

Las referencias a las barreras dependientes del usuario son casi anecdóticas. Identifican dos situaciones diferentes, en primer lugar señalan la mala utilización del sistema sanitario y en segundo lugar las dificultades para solicitar o registrar la información cuando acuden enfermos al sistema sanitario. Tabla 21.

Los tipos de mensajes mayoritarios son las observaciones, seguidas de las necesidades de información, situándose a más distancia las reivindicaciones y las mejoras. Tabla 22.

Las referencias más frecuentes a la presencia de estas barreras las hacen los participantes de asociaciones, las mujeres y los mayores, seguidos de los jóvenes y, en último lugar, los de edad media. Son mínimas las diferencias por nivel de estudios.

Reconocen que en ocasiones se falta a las normas básicas de educación en las relaciones interpersonales y que frecuentemente se realiza un mal uso de los servicios sanitarios, bien por necesidad o simplemente por comodidad, aunque eso repercuta en

un deterioro del funcionamiento del sistema sanitario en general y del de AP en particular.

Otras intervenciones destacan la dificultad de algunos usuarios para solicitar información a los sanitarios. Se reconocen incapaces de preguntarles, aunque tengan dudas, abrumados por la enfermedad o por el miedo a la información. En otras ocasiones, el problema reside en la disposición del receptor, de tal forma que a pesar de los esfuerzos de sus sanitarios para informarles, cuando acuden a la consulta no están receptivos a la misma sobre la organización de la AP, ni sobre actividades preventivas en general, y sólo ocasionalmente a la que se refiere a los hábitos de vida saludables relacionados con el proceso por el que consultan.

“7:..., pero es que a lo mejor ves a setenta personas que a lo mejor con un cacho dolor de cabeza, entran y están en urgencias, y lo que pasa es que no me extraña, que estén hartos de los que vamos a urgencias, porque unos vamos porque lo necesitan y es que hay treinta y ocho, con un cacho tobillo, cualquier cosilla”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Obligatorios/S6/441)

“5: Es que el ejemplo de las urgencias, es un tema que a veces se hace abusos, queremos que se nos atienda lo antes posible, que no nos tenga horas allí, para luego decir que poco satisfecho que estoy, ... , sin embargo urgencias, como tales, muchas veces no son,..., el usuario, lo que quiere saber cuanto antes, qué es lo que le pasa, por eso acaba en urgencias...”.

(Asociaciones/Mujer/S1/363)

“2: ...no se atreven a preguntarle al médico, ..., pero no se atreven a preguntarle ni por efectos secundarios, ni por nada,... solamente te vienen con un papel, me han dicho esto..., se encuentran totalmente perdidos...”.

(Asociaciones/Mujer/S1/456)

“2: ..., pues yo creo que hay informaciones de trípticos que la gente no lee, ..., a lo mejor también es una falta de que el paciente que está ahí sentado esperando lea ciertos folletos, ..., que la gente no lee, ..., pero creo que esa información no sólo depende del médico, que no tiene tiempo como a todos nos gustaría que nos atiendan,....

2: Si esto nos lo dieran en un mp3, y lo pusiéramos en la oreja, a lo mejor sí lo oyes”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S4/49)

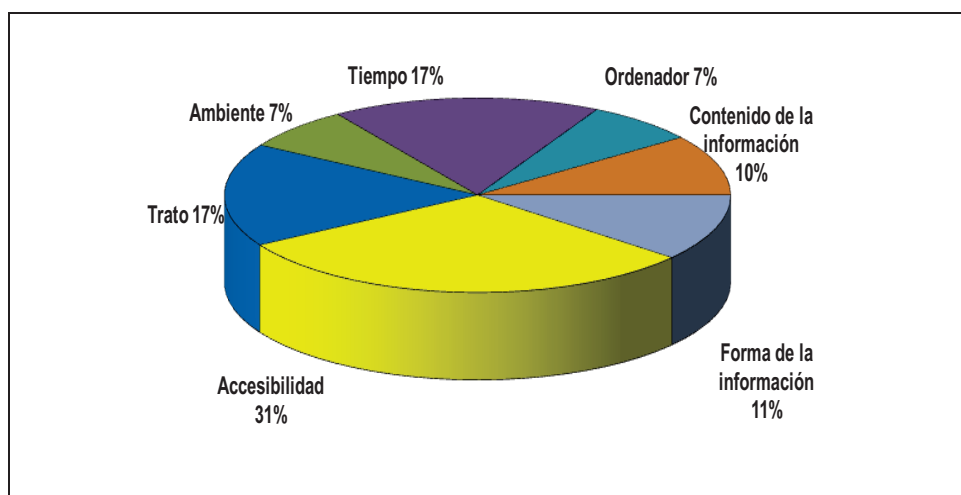
5.5.4.3. Barreras dependientes del sistema sanitario.

Los 1571 párrafos con referencias a las barreras dependientes del sistema sanitario representan el 96,3% de todos los contenidos en el análisis general. Los participantes achacan su origen a

problemas en la organización del sistema sanitario o a sus profesionales.

La distribución de contenidos en diferentes subcategorías se muestra en la Figura 17. Los grandes problemas señalados por los usuarios son las dificultades en la accesibilidad a la información, la escasez de tiempo dedicado a informar y el trato recibido, que puede favorecer o dificultar esta función. En menor medida se identifican como barreras la forma y el contenido de la información así como el ambiente y la presencia de ordenador durante el proceso de la información.

Figura 17. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías barreras de información dependientes del Sistema Sanitario.



N= 1571. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los tipos de intervenciones, la mayoría son observaciones, seguidas a gran distancia por las manifestaciones reivindicativas, las necesidades de información y en último lugar las propuestas de mejora.

Las barreras dependientes del sistema sanitario constituyen el argumento central en todos los grupos, siendo mínimas las diferencias tanto por sexo, como por nivel educativo y edad. La presencia de estos contenidos en los grupos de asociaciones es

ligeramente inferior, aunque sigue siendo el principal tipo de barrera referida.

5.5.4.3.1. Contenido de la información.

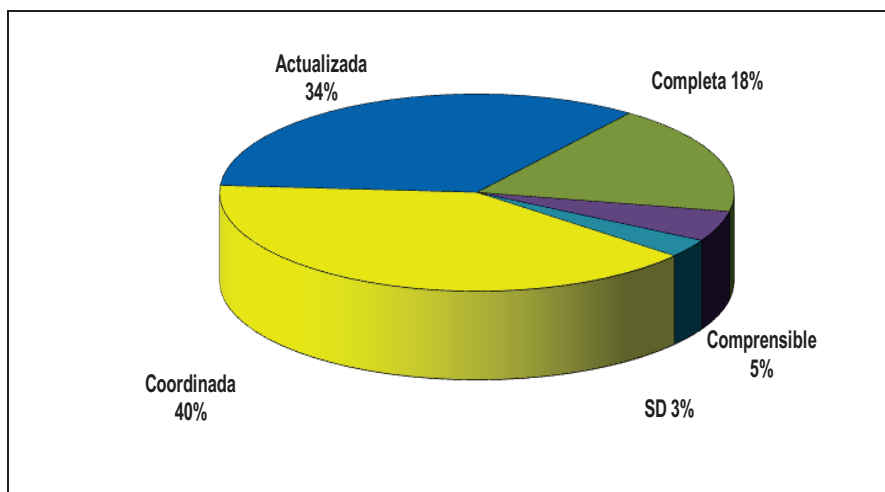
En 164 párrafos se alude al contenido de la información. Los tipos de mensajes mayoritarios son, como en toda esta categoría, las observaciones, seguidas de las reivindicaciones y las necesidades de información y, en último lugar, las mejoras.

Este epígrafe ocupa un tercio del discurso de los grupos de asociaciones, aproximadamente una décima parte de las intervenciones de las mujeres y de los participantes con estudios obligatorios. En el análisis por la variable edad se observa una mayor alusión a las barreras en los grupos más jóvenes y de los de edad media y muy por encima de las intervenciones del grupo de mayores.

Las características que consideran esenciales del contenido informativo son: información coordinada, actualizada, completa y comprensible. Figura 18.

La coordinación de la información entre todos los niveles de atención o de comunicación ocupa el primer lugar en esta subcategoría. Ante la falta de coordinación muestran desconfianza e incompreensión, y solicitan medidas correctoras que lo eviten; la mayoría son reivindicaciones y observaciones. Su distribución de frecuencia en los discursos indica que este aspecto interesa especialmente a los participantes con estudios obligatorios; a las asociaciones y a los participantes de edad media por encima de jóvenes y mayores

Figura 18. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías del contenido de la información.



N= 164. Fuente: Elaboración propia

Solicitan que esta coordinación se establezca entre todos los niveles asistenciales (AP y AE) y entre los diferentes profesionales que atienden al paciente en AP tanto en el área administrativa como en consulta con médicos, enfermeras y servicios de apoyo. También consideran esencial la coordinación entre AP y AE con los medios de información masivos como la televisión, la prensa, radio, etc., y por último solicitan coordinación e intercambio de información entre el sistema sanitario y otros organismos de la administración relacionados con su atención, como el INSS, para que se agilicen los trámites y eviten duplicidad de actuaciones.

“8: ... es que si hubiera la necesaria o la mínima coordinación interna, entre los propios facultativos de cualquier aspecto en un proceso patológico, ... cada uno sabría hasta donde tiene que llegar, o dónde tiene su función, ... y está demostrado que cuando nos coordinamos totalmente con el compañero, ...las cosas funcionan,...”

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S10/375)

La actualización de la información recibida supone otro requisito básico. Quieren ser informados y estar “a la última” en posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Les cuesta comprender que algunas novedades informativas lleguen

antes a los usuarios, por los medios de comunicación masivos, que al CS. Admiten las dificultades de los profesionales para una actualización permanente, y proponen como medida de mejora la realización de actividades formativas, con carácter obligatorio, gratuito y durante el horario laboral, organizadas por la administración para los profesionales sanitarios y no sanitarios. Las intervenciones se codifican especialmente en observaciones y necesidades de información. El porcentaje de párrafos que hacen referencia a este aspecto analizado según las variables estructurales consideradas indica que interesa especialmente a las mujeres, a los participantes con estudios superiores, a las asociaciones y a los participantes más jóvenes.

“4: Yo lo que sí digo, que la información que se da en la televisión, luego que la hubiera en los centros de salud”.

(Usuarios/Hombre/Media/Superiores/S4/16)

“7: ...no coincide en todo la información que vemos en televisión, con lo que luego te encuentras en el centro de salud...”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S4/81)

“1:...el médico de atención primaria, bueno pues cuando inicia su formación que va a las universidades, bueno, pues sale formado, principalmente en las patologías que se conocen, o que más que manejan,...a lo largo del tiempo, pues van surgiendo cosas nuevas, y sí que hay profesionales que a lo mejor se preocupan de reciclarse, pero no porque ya se les obligue de entrada en que se tienen que estar formando continuamente, porque el médico no es una persona que aprenda algo que le va a servir para toda su vida, eso es imposible, ..., creemos que se les debe de crear una obligación que les mantenga a lo largo de su vida formados, formados”.

(Asociaciones/Mujer/S2/69)

“3: Yo creo que deberían estar más formados”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S5/397)

Expresan que la información debe ser completa, es decir, debe incluir todos los elementos necesarios para que los usuarios puedan optar entre las alternativas posibles por la que consideren más conveniente para ellos en este momento. La discusión surge ante la falta de acuerdo entre los participantes por la definición de “información completa”. Algunos manifiestan que es necesario proporcionar toda la

información disponible y otros sugieren adecuar la información en los sucesivos contactos de la relación longitudinal médico-paciente en AP. Los tipos de mensajes mayoritarios son las necesidades de información y las observaciones; interesando más a las mujeres, a las asociaciones y a los participantes de edad media. Los grupos de mayores no nombran esta característica.

“6: Yo cuanto menos sepa mejor, mejor si no hubiera ido para no saber nada”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S8/613)

“3: Yo el día que me ponga enferma de algo, a mí me gustaría que me lo dijeran a las claras, yo enterarme la primera.

4: Normalmente ya te lo dicen, cara a cara.

3: Y que no se lo dijeran a mis familiares y a mí no, yo no, yo lo quiero saber yo”.

(Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/S8/614)

Consideran esencial comprender la información facilitada para poder hacer una utilización adecuada y mejorar sus decisiones sobre salud. Los grupos de asociaciones y con estudios superiores muestran su preocupación porque la información se exprese en términos que los pacientes entiendan correctamente. Se centran, sobre todo, en el lenguaje verbal que se utiliza, que en ocasiones es excesivamente técnico y puede determinar que la información dada no se entienda, quedando ésta sin efecto y pudiendo generar inquietud o preocupación innecesaria si no es bien interpretada.

“4: ...es necesario que lo que nos digan en un idioma asequible, que no te digan unas palabras que luego tienes que buscar en el diccionario, que tienes que llamar a un amigo, porque además te lo dicen tan deprisa que te da hasta corte, y te da miedo preguntarle, eso en cristiano qué quiere decir, porque no te has enterado”.

(Asociaciones/Mujer/ S2/33)

5.5.4.3.2. Forma de la información.

La forma de ofrecer la información ocupa la décima parte de las intervenciones de esta subcategoría. Los mensajes mayoritarios son las observaciones seguidas a gran distancia de las necesidades de información y las reivindicaciones. El análisis por variables estructurales del porcentaje de intervenciones pone de manifiesto la mayor preocupación en las mujeres, usuarios con nivel de estudios superiores, las asociaciones y los jóvenes. Tabla 23.

Expresan preocupación por el modo en el que los profesionales se dirigen a los usuarios “cómo se dicen las cosas”. Hacen referencia al lenguaje verbal y no verbal, y su influencia como barrera a la información. También muestran preocupación por el efecto de la información en los pacientes y, por ello, plantean la necesidad de personalizar la información a cada paciente.

“4: ... ya el día siguiente, le hicieron todas las pruebas, y le dijeron lo mismo, pero de diferente manera..., me dijo las mismas palabras que el otro, pero más suave”.

(Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/S8/648)

“3: La forma en la que se recibe la información, porque hay gente que ni te mira a los ojos y te despacha enseguida”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/S3/56)

“9: Yo creo que también los médicos debían estar, ser un poco mejor psicólogos, y saber mejor con qué paciente hablan para hablar de una manera o de otra, y no hablar igual a todos, sino que a cada paciente tiene que explicarle”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/112)

“8: El problema de cada día es que informar para qué y a quien, porque depende de qué tipo de enfermedades, y sobre que no...”.

(Asociaciones/Hombre/S1/721)

5.5.4.3.3. Trato.

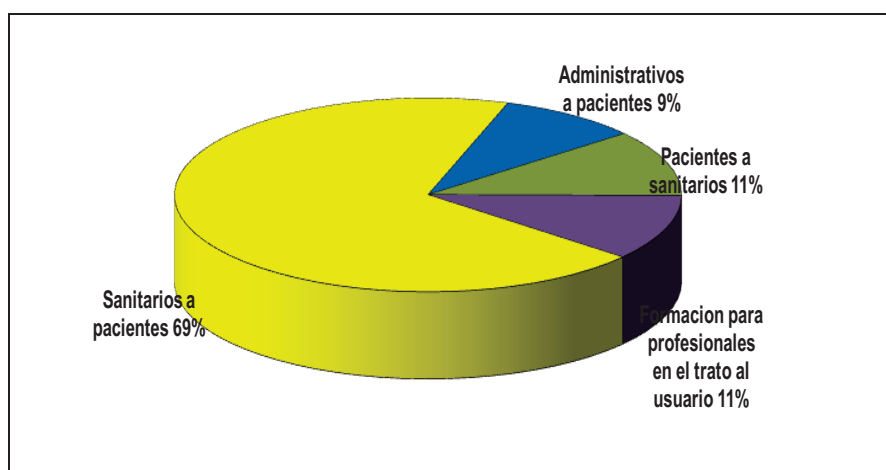
Entienden por trato la empatía y el estilo de la relación con los usuarios. Su importancia se expresa con 276 aportaciones. Tabla 23.

Aunque los mensajes son mayoritariamente observaciones, destaca en este contenido el talante reivindicativo con casi una quinta parte de todos los mensajes.

Interesa especialmente a los grupos de asociaciones, y en el análisis por variables estructurales, a las mujeres, a los participantes con estudios obligatorios y a los participantes de edad media que encabezan las intervenciones y, en último lugar, los mayores.

La distribución de los diferentes contenidos se muestra en la Figura 19. La relación de los sanitarios con los usuarios es la que más intervenciones generan. Mención aparte merece la solicitud que hacen a la administración para que forme a sus trabajadores en el trato al usuario para conseguir, en la medida de lo posible, que se facilite la información de forma eficaz. El resto de los mensajes se distribuyen entre el trato de los usuarios a los sanitarios y de los administrativos a los usuarios.

Figura 19. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías en el trato.



N= 276. Fuente: Elaboración propia

La relación entre el sanitario y el usuario, en general, y la de médico-paciente, en particular, ocupan casi el 70,0% de los mensajes de esta subcategoría. Los participantes hablan extensamente sobre cómo las características de los

profesionales que les atienden (sus actitudes, el lenguaje verbal y no verbal, etc.) influyen en la forma de informar a los pacientes, y así etiquetan a los profesionales como favorecedores o entorpecedores de la información. Creen, además, que interviene no sólo el tipo de médico sino también el tipo de patología por la que se consulta, siendo más exhaustiva la información si se trata de un proceso crónico o grave que si es un proceso considerado banal por el profesional. Estas mismas diferencias se aprecian en el personal del área administrativa, con trabajadores que informan de manera efectiva y otros que no lo consiguen.

“3: Yo le puedo decir que nuestra enfermera ahora, te da todo tipo de información, pero sin embargo la que teníamos antes, no nos daba ningún tipo de información, pero para nada, ¿eh? “.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S5/732)

“5: Nada y cuando fui, al empezar a decirle lo que me pasaba, me dice, contésteme sólo a lo que le pregunto, dice, porque si no nos eternizábamos, pues ya no le dije más, digo, entonces a qué vengo, a decirle lo que me pasa, ¿no?”.

(Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/S8/87)

“1: Según el médico que sea, hay uno que tiene mucha cola y es porque le da mucha conversación a las personas y a lo mejor cada persona necesita también mucha conversación, no solamente es unas pastillas, hay que hablar con cada persona, muchas veces, otras veces, vas y vas a la carrera, según el médico, yo desde luego, con el mío, estoy conforme”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S8/57)

“3: ... mi madre, va mucho al centro, porque es enferma crónica y el trato que tiene con el médico es excepcional, es decir, el médico le informa siempre adecuadamente, de cómo va la enfermedad y de todo, y ella está muy contenta con él, pero yo no, la verdad es que yo las veces que ido al médico que son dos o tres veces, y es que yo con el médico, a mí no me atiende, me despacha rápidamente, no me dice lo que tengo ni nada, entonces cuando llego a casa, me pregunta mi madre, qué te ha dicho el médico, nada, me ha dado pastillas y ya está, y claro te quedas”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/S3/327)

Proponen medidas de mejora para conseguir una adecuada comunicación entre el sistema sanitario y los usuarios, como la de formar, de manera obligatoria, a los profesionales en habilidades de comunicación que minimicen la inevitable variabilidad personal, debiendo garantizarse, a través de este aprendizaje un estándar mínimo de capacidad informativa tanto en la forma como en el contenido. La

formación en materia de comunicación debe realizarse de la misma manera que la dirigida a la actualización de conocimientos, a cargo de la administración y en horario laboral.

“5: Es que yo creo que una de las patas cojas de la sanidad, en lo que puedo ver, y es que quizás la formación de los profesionales, tenía que ser más hacia el trato de los usuarios,..., por supuesto esa formación que sea gratuita y que sea a lo largo del horario lectivo,...”.

(Asociaciones/Mujer/S1/923)

“2: Es muy importante, la actitud del profesional, porque puede ser que no te diga nada, pero vas allí.

5: Te ha escuchado...y está el que te recibe y que te dice, ¿qué haces tú aquí? ¿Qué le pasa?”.

(Asociaciones/Mujer/S1/885)

Por último aparece en las conversaciones de los participantes el trato de los usuarios a los sanitarios. Reconocen el cambio producido en el modelo de relación médico-paciente pasando del antiguo paternalismo médico a un modelo actual en el que los usuarios tienen mayor protagonismo.

“2: Yo lo que digo que depende de lo que vayas a preguntas y dices tus cosas como son, pero si vas dando vueltas a la rueda,... les vienen a contar sus historias de casa, y eso no es para escuchar, yo les digo, mira, no hagas esto, y tal..., pero eso no es cosa del médico, eso es cosa tuya”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/S6/111)

5.5.4.3.4. La accesibilidad a la información.

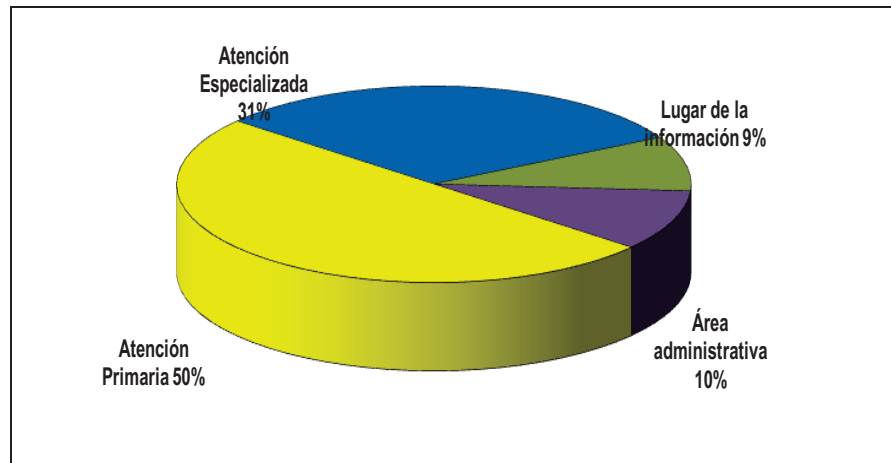
Las dificultades en la accesibilidad a la información del sistema sanitario ocupa la primera posición en el análisis de las barreras detectadas.

Más de la mitad de los mensajes se encuadran en observaciones, seguidas de las necesidades de información y las reivindicaciones y finalmente proponen medidas de mejora.

Por variables estructurales centra la conversación de las mujeres. Por edad en los mayores y los jóvenes. Y no hay diferencias por nivel de estudios.

La distribución de contenidos se muestra en la Figura 20. Se agrupan por el nivel de atención en el que localizan la barrera según dependa de primaria o especializada. Mención aparte se hace del área administrativa y las apreciaciones que hacen en relación con el lugar de la información. Tabla 21.

Figura 20. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías de accesibilidad.



N= 482. Fuente: Elaboración propia

Las barreras a la accesibilidad en la AP suponen la mitad de todo el apartado. Incluyen diferentes contenidos entre los que destacan: las listas de espera (para la consulta en el mismo día o al día siguiente), los retrasos en la atención a la hora programada de la cita, la continuidad asistencial y la identificación clara de los profesionales que les atienden. Las listas de espera de AP se comentan con diferente percepción según el CS del que proceden los participantes, mostrándose algunos extrañados por su existencia ya que no las ha padecido. Son inevitables las comparaciones con la situación de la AE y esperan que, mediante una organización adecuada, no se pierda la accesibilidad a las consultas de primaria. Solicitan información sobre los retrasos entre la hora de la cita y la entrada a la consulta. Creen que sería fácil informar a los usuarios sobre la magnitud de este retraso en la entrada a las consultas o a través de mensajes al móvil,

mejorando de esta manera la percepción de la calidad del servicio de los usuarios y facilitaría la organización de su tiempo en la sala de espera. Perciben como otra barrera en la comunicación la falta de identificación de los sanitarios que les atienden; consideran que es necesario que cada profesional lleve una identificación inequívoca de su nombre y categoría profesional pero también que figure en la puerta el nombre y los apellidos de quien ocupa la consulta y les atiende (incluso aunque no sea el profesional habitual) así como la actividad que se realiza en cada sala. Señalan la necesidad de velar por la continuidad asistencial de los profesionales sanitarios a lo largo del tiempo favoreciendo con ello el proceso de comunicación. Por el contrario opinan que la eventualidad de los profesionales y las numerosas rotaciones dificultan la función de información y la calidad del servicio.

“2: Yo gracias a Dios, voy poco al médico, pero de llamar con tres días de antelación y no lo entiendo”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/154)

“2: Sí, porque las veces que he estado para ir al médico o así, porque llamas y te dan para dos días o tres, no has podido tener una cita. No, es que a la consulta, no sé para qué es, ven tal día a tal hora, para qué, si tú te pones mala repentinamente y no sabes cuándo te viene el mal”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Obligatorios/S9/18)

“4: ..., las esperas son, según los pacientes que tengas,..., y es que va media hora retrasada, pero es que ella no tiene la culpa,..., es que eso depende de cada enfermo, y lo que decías tú, que si tienes que esperar para cuando te dan cita, cada media hora, no pasa nada, vamos, mi opinión”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S4/448)

“4: Es que has estado a lo mejor cuarenta y cinco minutos, para cuando a ti te ha tocado tenías las once, pero es que entras a las once y cuarto, ya esa gente también está fuera, está mal, también tienes esa conciencia tuya de no voy a preguntar hoy, para otro día, a ver cuándo voy”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/S3/689)

“3: Sí, y falta de información y luego llegas, le tienes que explicar todo, porque no te conoce”.

(Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/S8/437)

“8:...vas al médico, que tiene una placa puesta fuera, se llama no sé cómo y encima si vas por la tarde es otro médico, pero no te ponen las dos placas, digo que esos son detalles casi de cortesía, pero no sólo, yo digo que tiene ahí mucha más trascendencia, y cuando uno va al médico, en realidad, sabes quién es, porque está dentro y le ves la chapita, digo la

chapita,..., parece que no se les ve esa información, es más si quieren llevarla, es que la llevan, desde luego en la chapa de la consulta no pone su nombre, y te atiende, quien te atienda”.

(Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/S3/391)

Las barreras en la accesibilidad a la información en AE aparecen de forma inevitable en las conversaciones y ocupan la tercera parte de su extensión. Aunque se especificó al inicio de los grupos de discusión que sólo era objeto de esta investigación valorar la AP y las características del sistema sanitario, su continuidad, interrelación y accesibilidad condicionó como en el caso de la atención a las urgencias, que el hospital ocupara de forma natural una parte de las conversaciones. En este sentido, los comentarios se agrupan en los mismos apartados y preocupaciones que en AP. Las listas de espera son la mayor barrera a la atención y a la información que produce incompreensión, cuestionando incluso su legalidad. Se reconoce cómo durante esas esperas se pueden generar otros problemas porque se busque de información en fuentes no fiables o porque se llegue a tener que acudir a los servicios privados. El derecho a la libre elección de especialistas ocupa numerosos comentarios (3,9% de los párrafos). Desearían disponer de información complementaria o cualificada para elegir con mayor capacidad de acierto y, para ello, demandan que se amplíe la información y que incluya no sólo el nombre del médico y el tiempo de espera para la consulta. Para ello desean que se les informe acerca de su afinidad, interés o dedicación por patologías concretas, su forma de informar, su trato o estilo de relación médico-paciente. También solicitan que la información facilitada al usuario sobre la cita a la consulta especializada, que se facilita desde el área administrativa del CS, sea más completa. Creen que debería incluir no sólo el lugar y la hora de la atención sino también el profesional que la realizará. Por último, opinan que la continuidad asistencial a

lo largo del tiempo por los mismos profesionales favorece la confianza y el avance de la labor de información.

“9: Eso es tremendo, lo de las listas de espera de los especialistas, ...”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/563)

“5: ...evidentemente, a lo mejor lo que había que tener en los centros de salud, es un listado, infórmale bien a las personas que van a él, pues mira si ese profesional no te convence, pues tienes este otro, tienes este otro, ...”.

5: Cuanto más profesionalmente esté preparado para esa enfermedad, ese profesional más pronto va a llegar a ese enfermo, y el que más le va a beneficiar”.

(Asociaciones/Mujer/S1/49)

“3: Sí, pero eso es el hospital y a mí siempre me atiende una persona diferente, pues claro, tampoco le puedes comentar las dudas que tienes ni nada”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Obligatorios/S9/53)

El área administrativa de los CS adquiere entidad propia en el apartado de barreras a la información. Es reconocida por un participante como “el escalón más alto que hay que subir o el más difícil de alcanzar” en el proceso para conseguir la atención del sistema sanitario. Este comentario fue compartido por el resto de los participantes de su grupo, manifestando con ello ser el reflejo de un amplio sector de la población a la que representan. De forma reiterada se plantea la dificultad de contactar con el área administrativa de los CS. Todos los grupos señalan la dificultad de la accesibilidad telefónica para conseguir cita o comunicarse con los sanitarios. Los participantes opinan que el acceso telefónico a los centros debería ser abordado de forma prioritaria, aumentando los recursos o mejorando la gestión de los que ya existen. También el mostrador del área administrativa del CS con sus largas esperas para conseguir atención supone una barrera importante.

“4: Y ya estamos entrando digamos en la célula madre, del centro de salud, que es la citación, yo creo que eso es el paso sin seguir los peldaños, hablando desde que tú entras en el centro de salud, hasta que sales, yo creo que la citación es el más alto, o sea, luego lo demás ya son pequeños saltitos, o sea las citaciones, es, el poder acceder a citarte, a la hora que tú creas conveniente, yo creo que eso es, ahí se debería dar, todo tipo de facilidades, inclusive, llegar a la citación, ... por medio de Internet, ...”.

(Usuarios/Hombre/Media/Superiores/S10/534)

“1: Uno de los problemas que hay cuando llamamos por teléfono, es que lo cogen cuando quieren.

3: Eso, precisamente, está fatal. Desde las ocho de la mañana, hasta las doce de la mañana, te puedes tirar llamando y no te cogen el teléfono”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S5/339)

“1: Hay veces que te puedes pasar toda la mañana desde las ocho de la mañana, y no te cogen el teléfono, porque comunica, unas veces comunica, otras veces no te cogen el teléfono”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S10/553)

Otra barrera a la información descrita con insistencia es que la información se localiza sólo en el sistema sanitario. Para facilitar el acceso de la población general a la información proponen trasladarla desde los CS a otros lugares de encuentro. Sugieren llevarla a los centros de trabajo, a las escuelas, a la universidad, al ayuntamiento, a las asociaciones de vecinos, de enfermos, de amas de casa y a otros lugares de reunión de jóvenes o mayores, facilitando así la difusión.

“11: Muchas veces el médico da ese tipo de información..., de alguna manera tendría que salir de los centros de Atención Primaria, ...”.

(Usuarios/Hombre/Jóvenes/Superiores/S3/521)

Otras propuestas realizadas son aumentar o mejorar la gestión de los recursos humanos (tanto sanitarios, lo que permitiría disponer de más tiempo en las consultas, como no sanitarios, lo que facilitaría el acceso telefónico); disminuir las esperas en el área administrativa y resolver más rápidamente las incidencias técnicas, que retrasan la atención. No obstante los participantes se muestran escépticos sobre las posibilidades de lograrlo, debido a la inversión económica que sería necesaria.

5.5.4.3.5. Ambiente.

Las barreras dependientes del ambiente en el que se desarrolla la atención se debaten en 110 párrafos. Los tipos de mensajes son mayoritariamente observaciones y

reivindicaciones no codificándose ningún mensaje en este apartado como necesidad de información.

Por variables estructurales la percepción de la importancia de esta barrera es mayor para los varones, los participantes con estudios obligatorios y los más mayores. Así al disminuir la edad disminuye también la alusión a ésta barrera. Los comentarios de las asociaciones sobre esta barrera no llegan al 1%. Tabla 23.

Distinguen diferentes tipos de ambientes, el físico y el laboral. En el ambiente físico hacen referencia a las condiciones en las que se desarrolla la atención, así las aglomeraciones en la sala de espera y los retrasos para entrar en la consulta dificultan la solicitud de información, lo que determina que se aplaze la consulta de sus dudas para otro día. Dentro de la consulta se perciben como barreras la sensación de prisa del médico, que puede ser transmitida mediante lenguaje no verbal o verbal, y el excesivo volumen de pacientes por médico, que es valorado como sobrecarga de trabajo y que disuade de la solicitud de información. La influencia de estos factores es variable y aparecen manifestaciones contrapuestas con usuarios que influidos por estas circunstancias evitan solicitar información y otros que reclaman su dedicación cuando tienen su turno aunque hayan tenido que esperar por ello.

“3:..., y si te descuidas, te pasan así un poco, diciendo que tengo mucha gente, que tengo mucha gente,..., entonces estás ahí como diciendo ¡ay, madre! Qué estoy molestando. Y resulta que a ti te tardan mucho en atender, y cuando te atienden tienen mucha prisa, esa sensación que te hacen”.

(Asociaciones/Mujer/ S2/369)

“2: Bueno, pues yo le pregunto,... Pues que me diga algo de cómo va, y que me vaya controlando y todas esas cosas, pero vamos no insistirle mucho, porque tiene mucha gente...”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorio/S6/120)

“3: Porque te cansas de esperar, pero luego cuando estás dentro, quieres que te miren bien, y es que eso no puede ser, yo ya voy con la condición de que una horita, más o menos”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Obligatorios/S6/731)

Las referencias al ambiente laboral aparecen especialmente en los pacientes mayores y de edad media asiduos de las consultas de primaria que observan con distancia las condiciones en las que desarrollan su trabajo los profesionales. Perciben en ocasiones insatisfacción personal y falta de reconocimiento de esta labor tanto por parte de los superiores como de los usuarios.

“5: Había gente esta mañana para unas recetas..., hora y media, me ha tocado esperar, para hacer una simple receta y para eso, pero no tiene la culpa ella, luego las ves nerviosas y te da una pena, hora y media esperando, porque te dicen a las once y hasta las doce y media no eso, pero te da pena de ellas, porque no tienen la culpa ellas”.

(Usuarios/Mujer/Mayores/Obligatorios/S6/33)

5.5.4.3.6. Tiempo.

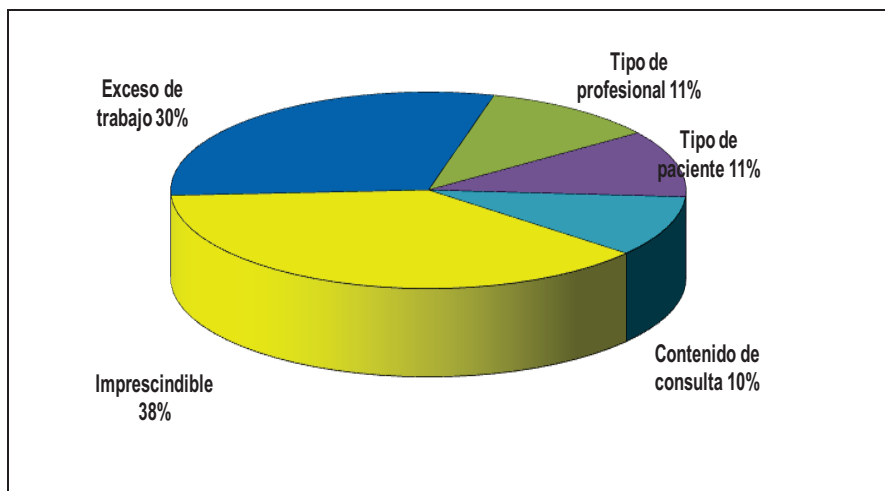
Un protagonista principal de las barreras a la información dependientes del sistema sanitario en las consultas es la falta de tiempo. Las referencias a ello o a la escasa duración de la consulta aparecen insistentemente en todos los grupos, ocupando la tercera posición de todas las barreras. Tabla 23.

Las tres cuartas partes se manifiestan como observaciones seguidas a enorme distancia de las mejoras y las necesidades de información.

El análisis detallado de la distribución de estos contenidos por variables estructurales indica que interesa especialmente a los varones, a los participantes con estudios superiores. Aumenta la preocupación por el tiempo con la edad. Los grupos de asociaciones ocupan con este contenido el 6,4% de los párrafos. Tabla 23.

La distribución de los contenidos referidos a la duración de las consultas se muestra en la Figura 21.

Figura 21. Distribución de frecuencias de los párrafos relativos a las subcategorías del tiempo.



N= 264. Fuente: Elaboración propia

La percepción de falta de tiempo es una de las barreras que influye más negativamente en la comunicación. En 87 párrafos debaten sobre la importancia del tiempo invertido en la consulta. Se considera un elemento esencial e imprescindible para la comunicación médico-paciente, para la elaboración de la historia clínica y las actuaciones necesarias en la consulta. La percepción de falta de tiempo causa posiciones contrapuestas en los participantes. Su manifestación a través de las condiciones en las que se desarrollan las consultas, los retrasos sobre la hora de la cita, las aglomeraciones de gente en la sala de espera, las prisas del sanitario cuando les atiende así como conocer que sólo disponen de 5 ó 7 minutos para su consulta contagian la prisa a algunos usuarios que reducen su consulta a sólo lo más urgente. Menor presencia en el discurso tiene la posición contraria con usuarios que opinan que necesitan su tiempo de consulta independientemente de las condiciones externas, “como hemos esperado ahora necesitamos nuestro tiempo para consultar”.

La variable disponibilidad de tiempo en función del tipo de profesional ocupa el 11% de las intervenciones. Los participantes mayores y de edad media señalan cómo en las consultas de enfermería, por revisión de sus procesos crónicos disponen de más tiempo para hablar, para comprender, para preguntar y para que se les responda y obtener así más información sobre sus procesos patológicos o sobre el funcionamiento del sistema sanitario. Algunos participantes incluso encuentran excesiva tanta información, manifestando sus dificultades para asimilarla por completo y reaccionar o cambiar sus hábitos de vida por ella.

“4: ¿Sabe qué le dije un día a la enfermera? ¿Sabe qué le digo? Que yo demasiado bien estoy, déjeme respirar un poco, porque es verdad, tengo un montón de operaciones, tengo, tengo que andar, no puedo andar por las rodillas, también estoy operada, digo, déjeme un poco, demasiado bien estoy, pero es que encima te machacan y te explican muy bien”.

(Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/S5/13)

Las características de los pacientes también influyen en el tiempo empleado en la consulta. Opinan que algunos pacientes mayores necesitan disponer de más tiempo porque tardan más en desplazarse, en realizar la entrevista, en contestar a lo que se les pregunta y en comprender lo que se les responde. Creen que este factor de edad debería tenerse en cuenta en el diseño de la adjudicación de tiempo para las consultas o en el número de pacientes por profesional.

El contenido de la consulta es otro factor que debería contemplarse en la asignación de tiempo. Reconocen que hay consultas que necesitan un tiempo imposible de predecir para realizar un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado y otras que pueden resolverse en unos minutos cuando su contenido son actividades burocráticas automatizadas con el ordenador como la emisión de un parte de incapacidad temporal o una receta de un tratamiento habitual. Los jóvenes señalan que sus familiares más mayores afectados por procesos crónicos tienen más información sobre su proceso,

una relación más cercana y mayor información del sistema que la que reciben ellos cuando acuden al centro por un proceso generalmente agudo y banal, en los que el profesional se limita a resolver la situación sin profundizar en otras materias.

Perciben un exceso de trabajo de los profesionales, se comenta que el excesivo volumen de pacientes que esperan para la consulta, coincidiendo en el mismo momento, es una circunstancia que se repite en consultas sucesivas e influye en la percepción de prisa y en la falta de tiempo para realizar la consulta. Por último manifiestan que las consultas de AP tienen excesiva carga burocrática y que esta circunstancia resta tiempo a la consulta médica efectiva para hablar y para informar.

“3: No, pero es que el paciente, quiere que le escuchen y luego que le expliquen, entonces tendrá que tener el tiempo que necesite”.

(Usuarios/Hombre/Media/Obligatorios/S5/955)

“6: ...este doctor que me atiende, yo por las conversaciones que oigo, le critican que tarda demasiado, porque yo afortunadamente vuelvo a repetir, me da el tiempo que yo necesito...”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/59)

“2: Con las enfermeras yo sí estoy de acuerdo con ese sistema, me parece muy importante y es que en el tiempo que ahora dedican las enfermeras, directamente al paciente, antes no lo había ... , me pareció importante que a través de esa señora se puedan resolver los temas de las recetas, te despachas con ella, le das la receta, entra, la saca firmada, pero todo eso ha dejado tiempo suficiente al médico,...

10: Incluso en el centro donde yo voy, ..., la enfermera recibe citas, yo soy diabético y debo hacerme un análisis capilar cada dos meses, y yo la llamo y me da la cita, eso descarga totalmente la consulta”.

(Usuarios/Hombre/Mayores/Superiores/S7/422)

“2: Pero la victoria es que la consulta se haga un poquito más larga con cada paciente y que sean menos pacientes en esa mañana y que le den para el día siguiente y que las urgencias también las atiendan ahí, pero en otro sector”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S4/442)

“2: Pero ahora nos quejamos porque tarda mucho y antes nos quejábamos porque acababa enseguida, o sea, no estamos a gusto nunca con nada, pero bueno”.

(Usuarios/Mujer/Media/Obligatorios/S5/952)

5.5.4.3.7. El Ordenador.

El ordenador aparece también como una barrera ocupando un pequeño espacio de la conversación. La mayoría de las intervenciones son observaciones, seguidas de mejoras y reivindicaciones. Los participantes opinan de manera variada sobre su función pero ninguno solicita información o cuestiona su presencia.

En el análisis detallado por variables estructurales se observa mayor preocupación en los varones, en los participantes con estudios obligatorios. El interés decrece al aumentar la edad. Las asociaciones son las que menos interés muestran por este contenido. Tabla 23.

La presencia del ordenador en la consulta aparece en el discurso de los participantes en los grupos con diferentes sentidos que expresan una percepción ambivalente.

Por un lado es percibido mayoritariamente como una ayuda que facilita las tareas burocráticas, como las recetas de pacientes crónicos y los partes de incapacidad temporal, redundando en una mejora en la gestión del tiempo. Ese tiempo podría así invertirse en ampliar la consulta para resolución de problemas de salud e información. Otro matiz positivo que le atribuyen es la facilidad de acceso a los datos de los pacientes facilitando en consecuencia la garantía del acceso a toda la información necesaria para la continuidad asistencial.

Pero en otras ocasiones, se percibe el ordenador como una barrera a la información. Han constatado las dificultades y la necesidad de adecuación de los sanitarios al sistema informático desde su implantación.

“4:..., el trabajo más desagradable que tiene, yo creo que es el administrativo,...ahora, pues se lo van a facilitar un poco...con la informática, pero hasta que se adaptan, yo creo que les está costando, claro, no todos, a lo mejor, a los jóvenes, les cuesta menos, a los mayores, les cuesta más, como en cualquier trabajo, que nos ha pasado, que de pasar de hacer todas las cosas a mano, a tener que hacer las cosas con ordenador, pues te facilita, en realidad, te facilita la labor, porque dices, anda pues éste no es problema, porque yo me he podido equivocar, pero el ordenador no, pero hasta que se meten ahí todos, tanto enfermeras como médicos, yo creo que eso sí que les está costando y creo que esta es la razón de la espera, creo que es en parte la razón de la espera”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S4/459)

Describen las interrupciones, los retrasos, las complicaciones y, en definitiva, el caos que se ocasiona cuando por averías en el sistema no se puede utilizar. Pero lo más negativo sin embargo aparece cuando describen a “la máquina” como una competidora con ellos por la atención y el tiempo del médico durante la consulta.

“3: Pues a mí me gustaría que me explicara... me dijera para qué las tengo que tomar, lo que me pasa, o por qué me ha pasado esto, o no sé, que se parara un poquito más, que no estuviera al ordenador, tecleándome todo el rato la receta,..., entonces hecho un poco de falta el trato que tiene mi madre con el médico y yo no sé”.

(Usuarios/Mujer/Jóvenes/Superiores/S3/335)

Una única intervención registrada se preocupa por el nivel de acceso de los datos a la historia clínica electrónica y se pregunta si el acceso a los datos puede realizarse sólo desde su CS o si es posible desde cualquier otro centro tener acceso a toda la información del sistema. No expresan dudas sobre la seguridad de sus datos en el sistema informático que almacena las historias clínicas de AP.

“3:... Los médicos... pueden entrar dentro del ordenador y te sale toda la información... por ejemplo si yo estoy en un centro... una persona que está en otro en otro centro puede acceder a una información mía ”.

(Usuarios/Mujer/Media/Superiores/S7/738)

DISCUSIÓN

6.- Discusión.

En esta investigación se confirma la hipótesis, según la cual, los usuarios del sistema sanitario de AP perciben barreras y falta de información sobre los servicios sanitarios de AP.

Los contenidos de las barreras señaladas son ampliamente conocidos desde hace años a través de las encuestas realizadas por el Sistema Nacional de Salud y el Servicio de Salud de Castilla y León²⁷⁷⁻²⁸¹. Destacan entre ellas la ausencia de accesibilidad al servicio sanitario en su sentido más amplio (cita telefónica, las listas de espera, los retrasos), la falta de tiempo para la consulta, el trato no siempre empático y una escasa información sin coordinación en su contenido. Sus consecuencias negativas en la satisfacción y en los resultados del servicio de salud tampoco se cuestionan, aunque su persistencia en el tiempo induce a reflexionar sobre la escasa eficacia de las intervenciones realizadas y el efecto del incremento progresivo de las expectativas de los usuarios.

Las necesidades de información sanitaria formuladas coinciden mayoritariamente con los derechos otorgados por la legislación a este respecto y son el resultado de la evolución social^{28,282}. Incluyen, como se ha comentado, información sobre programas de salud y actividades saludables, el proceso

asistencial, problemas de salud específicos, recursos disponibles, formas de acceso, identidad de los profesionales, etc. La legislación vigente establece el marco para el desarrollo de la actividad sanitaria con garantías de seguridad para el paciente, la administración y los profesionales. Sin embargo sorprende cómo estos contenidos no son percibidos por los usuarios, ni están plenamente incorporados a la práctica de los profesionales. La causa probablemente resida en que el desarrollo práctico de la legislación necesita también un proceso de adaptación de los interlocutores, tanto en su actitud y compromiso, como de las condiciones y los medios disponibles que se requieren para el adecuado funcionamiento del proceso de la información sanitaria.

Las numerosas propuestas de mejora que realizan los grupos participantes ante las dificultades encontradas, muestran su compromiso con la mejora del sistema sanitario, sin olvidar sus deberes, ni la solidaridad necesaria para llegar a todo el que lo necesita. Reivindican para ello un uso adecuado de los servicios, mostrando incluso un sentimiento de propiedad y satisfacción por el sistema sanitario logrado. Más adelante, quedará por determinar cómo influye en estos contenidos la actual situación de crisis económica y sus cambios normativos en las características y la cobertura del sistema sanitario.

6.1. Las barreras.

6.1.1 Accesibilidad.

La accesibilidad de la AP ha sido considerada clásicamente una de las características esenciales de este nivel de atención por ser la puerta de entrada de los pacientes al sistema sanitario, su referente, su primer y rápido contacto. Pero la realidad de la asistencia es bien distinta y como consecuencia del complejo desarrollo del sistema sanitario y del cambio en las expectativas de los usuarios, la falta de accesibilidad se identifica como una barrera protagonista. Para facilitar el análisis del proceso asistencial, se ha desglosado en varios pasos desde que el usuario se acerca al sistema sanitario para solicitar la atención hasta que efectivamente la recibe.

Como en otras investigaciones, se percibe la dificultad de los usuarios para establecer el primer contacto con el sistema sanitario a través del área

administrativa, tanto a través del mostrador del centro de salud, por las largas esperas, como telefónicamente, por las dificultades para comunicarse^{38,283-290}. La repercusión de esta dificultad para el acceso vía telefónica tiene en la efectividad de la atención y en la imagen de la organización sanitaria ha sido objeto de numerosos análisis que intentaban cuantificar el problema y las expectativas de los usuarios a través de preguntas como ¿Cuántas veces ha tenido que llamar para conseguir la cita? y ¿Cuántas veces considera adecuado llamar?. Las intervenciones para su solución no sólo comprenden una asignación racional de los recursos humanos a las crecientes necesidades sino también la implantación de sistemas telefónicos de citación automatizada, o la difusión de la forma de contacto con los servicios de emergencia 112 mediante teléfono directo y exclusivo. La mejora del contacto telefónico fue una propuesta considerada urgente, que ya ha sido abordada en el transcurso de esta investigación, instaurando la cita automática telefónica, a través de internet y sms. Estos sistemas también permiten contactar con el área administrativa para solicitar una respuesta más completa, con mayor capacidad resolutive, tanto para la obtención de información sobre recursos, servicios, consultas como para la atención sanitaria, conectando con sanitarios que resuelvan sus dudas sobre la forma de actuar ante un síntoma o ante la toma de un fármaco.

La reciente aparición de listas de espera para la consulta de AP es otro motivo de falta de accesibilidad. Pedir cita y no conseguirla para el mismo día o el siguiente se considera negativo en esta sociedad de la inmediatez y la prisa, especialmente entre los colectivos más jóvenes. Para justificar lo imprescindible que es la accesibilidad inmediata a la atención se argumenta la imprevisibilidad en la aparición de problemas de salud que precisan de atención sanitaria o trámites administrativos, como la incapacidad temporal para el trabajo. Detrás de estos argumentos se intuyen la pérdida progresiva en la capacidad de las personas para dar soluciones a problemas de salud banales, la excesiva medicalización de la sociedad actual y la burocratización de la atención sanitaria. Así no es infrecuente atender con carácter urgente a pacientes jóvenes, sin factores de riesgo, que desconocen qué tienen que hacer ante un episodio de fiebre, o que solicitan un reconocimiento médico

exhaustivo ante dichos síntomas y desconfían de las recomendaciones generales realizadas con buen criterio por sus familiares, o simplemente tienen que justificar sus ausencias a clase o al trabajo por causas médicas ante cualquier proceso banal. Estas circunstancias condicionan la percepción de dificultad en el acceso a la atención sanitaria en AP y fundamentan la demanda de actuaciones para solventarlo, aunque desde nuestro punto de vista las soluciones también deben considerar otros aspectos como la educación sanitaria o la desburocratización de la atención médica. La administración establece unas recomendaciones de estándares mínimos en la organización de las agendas de consulta de los sanitarios y solicita información cuando los retrasos se perpetúan. Entre las causas que contribuyen al incremento de presión asistencial y la consiguiente espera destaca la excesiva burocracia instalada en las consultas de AP, originada en muchas ocasiones por las demandas del nivel de atención hospitalaria (cumplimentación de volantes de derivación para consultas sucesivas o prescripción de sus ordenes de tratamiento). Entre las medidas propuestas para reducir la lista de espera se propone controlar la autodemanda, potenciar la consulta de enfermería, revisar los protocolos de seguimiento de enfermedades crónicas y de derivación a la AE, evitar la medicina defensiva y la repetición de pruebas complementarias facilitando el uso compartido de los resultados y repartir tareas colaborando con otros colectivos profesionales. La lista de espera para ser atendido en AE es un clásico motivo de insatisfacción con el sistema sanitario, ante el cual la administración establece unos límites máximos para garantizar la equidad en la accesibilidad al sistema sanitario. Frecuentemente es vivido como un problema de todo el proceso asistencial sin que los usuarios hagan diferencias en la responsabilidad de los diferentes niveles asistenciales implicados. Los usuarios proponen como mejora que la información sobre las citas sea lo más completa posible y que se articulen sistemas de recuerdo para evitar olvidos ante los largos periodos de tiempo que transcurren entre la solicitud y la asistencia ²⁹¹.

Otra barrera destacada en relación a la accesibilidad es la que se refiere a la libre elección de médico. Los participantes demandan información cualificada sobre las características personales, afinidades, habilidades de los profesionales sobre las que basar su elección, y no sólo decantarse por uno u otro en base al nombre, horario y días de lista de espera. Esta solicitud de

acceso a información sobre las características del profesional es muy comprensible, pero en el momento actual parece difícil de que se pueda hacer realidad ya que apenas se ofrecen datos objetivos sobre resultados de la calidad de los servicios sanitarios hospitalarios que ayuden a su valoración global antes de su elección. La dificultad para proporcionar información sobre parámetros de centros y servicios que ayuden al usuario a seleccionar los profesionales sanitarios que se ocupen de sus problemas de salud, no es exclusiva de nuestro entorno, sino que también se observa en sistemas sanitarios con mayor oferta de proveedores sanitarios como el de EEUU^{194,292}. En su ausencia, la información que se utiliza es la proporcionada por otros pacientes, los administrativos o, en menos ocasiones, por los médicos. Por otra parte, en AP las posibilidades teóricas de libre elección de médico con frecuencia se ven limitadas por la escasa disponibilidad de profesionales en la zona y el tamaño de los cupos de los profesionales.

Una característica muy importante de la AP es la que se refiere a la longitudinalidad de la atención a los pacientes por los mismos profesionales a lo largo del tiempo. Este es otro valor añadido diferencial de la AP cuya ausencia dificulta la adecuada comunicación entre el profesional y el paciente. La continuidad de la atención con el mismo profesional, entre otras ventajas, facilita la función de información, y no se ve favorecida por el mantenimiento de plazas vacantes ocupadas por eventuales durante prolongados periodos de tiempo. El desarrollo de la informatización de las consultas es un aliado que garantiza la seguridad y la accesibilidad a la información sanitaria de los pacientes en ausencia de la continuidad asistencial y una ayuda en las tareas burocráticas y rutinarias^{160,293-298}. Sin embargo tiene aspectos negativos como la necesaria adaptación de los profesionales al sistema, las interrupciones cuando se producen fallos y la competencia por el tiempo²⁹⁵. Llama la atención que los grupos participantes en el estudio no hayan expresado dudas sobre la seguridad de sus datos en el sistema informático que almacena las historias clínicas de AP, lo que sí ha generado debate y preocupación entre los profesionales²⁹⁵.

Ante las lagunas de continuidad en la asistencia es preciso cuidar al máximo la identificación de los profesionales tanto en las puertas de las

consultas como personalmente. De nuevo se comprueba que aunque la identificación es legalmente obligatoria, y cada profesional dispone de una tarjeta identificativa que debe llevar visible durante la jornada laboral, en la práctica diaria su grado de cumplimiento es muy irregular, por lo que se debería insistir en su cumplimiento²⁶⁴. Las propuestas de mejora se extienden en detalles que serían de fácil aplicación como indicar en la puerta de la consulta los datos del profesional habitual y actualizarlos tanto si se realizan varias consultas en diferentes horarios, como si el cambio de profesional es por una sustitución temporal.

Los retrasos o esperas para la consulta a la hora concertada es otra barrera identificada que repercute en la accesibilidad. Es comprensible que los usuarios perciban muy negativamente la espera, sobre todo si han tenido que aplazar o adaptar sus obligaciones laborales y familiares para asistir una consulta que ha sido previamente concertada. La variabilidad del desarrollo de las consultas y la necesidad de dar respuesta a los imprevistos que puedan surgir, generan retrasos inevitables. Desde esta perspectiva, una medida propuesta es la de facilitar información sobre la magnitud de los retrasos, permitiendo que los pacientes puedan organizar sus actividades y minimizar la posible incidencia negativa, mejorando en consecuencia la satisfacción y la calidad percibida del sistema sanitario de AP. Estas propuestas de mejora traducen la diferente valoración de la importancia del tiempo propio y del de los demás, que hacen tanto los usuarios como los profesionales. Entre estos últimos está extendida la creencia de que la inversión de su tiempo es el único coste real que tiene el paciente para su atención, y perciben negativamente sus críticas ante las esperas. Por el contrario los profesionales valoran de forma muy importante su propio tiempo, por lo que se reacciona con incompreensión ante las posibles demoras en la consulta causadas por el retraso de los pacientes en acudir a su cita. Otras propuestas que surgieron en el discurso de los grupos fueron aumentar los recursos y establecer una organización asistencial diferente que evite la repercusión de las urgencias imprevistas en las consultas concertadas. Aunque la importancia de estos contenidos ya era ampliamente conocida, a través de las encuestas, la realidad muestra que no han sido resueltos. Con la utilización de la historia clínica electrónica se puede

analizar la diferencia entre la hora de cita y de atención de los pacientes, permitiendo conocer la frecuencia de pacientes que son atendidos con retraso sobre la hora prevista. Esta funcionalidad ha permitido la incorporación de objetivos de calidad sobre accesibilidad en el Plan Anual de Gestión, como el porcentaje de pacientes con esperas inferiores a 30 minutos. No obstante es preciso ser cuidadoso con la interpretación de estos datos dada la relación que existe entre los retrasos para la entrada en consulta y las listas de espera

Otra forma de facilitar el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios se lograría ampliando los horarios de atención y posibilitando la realización de consultas en horario de tarde. Este tipo de demandas se esgrimen frecuentemente como motivo de cambios de médico²⁹². Los resultados observados reiteran las dificultades de accesibilidad a los servicios sanitarios ya conocidas.

6.1.2 La falta de tiempo.

El tiempo se considera un elemento esencial, un requisito imprescindible para mantener una comunicación médico-paciente efectiva, elaborar una historia clínica adecuada y desarrollar las actuaciones ineludibles en la consulta, habiendo sido reconocido ampliamente en la bibliografía ^{37,71,74,182,269,283,299-308}, y en las encuestas realizadas por el servicio de salud de Castilla y León²⁸⁰.

La falta de tiempo necesario para el desarrollo de la consulta parece ser la causa de numerosas dificultades para obtener información, especialmente para los varones, el grupo con estudios superiores y mayores, aunque no hemos encontrado estudios que confirmen esta observación. La percepción de falta de tiempo se obtiene en el ámbito en el que se desarrolla la atención sanitaria, tanto en los momentos antes de entrar a la consulta, en la sala de espera con aglomeraciones y retrasos sobre la hora de la cita, como durante la misma, al apreciar la sensación de prisa en el médico, experimentar interrupciones en la consulta u observar el lenguaje no verbal del médico. Se conoce además su influencia negativa en la satisfacción y en la percepción de calidad del servicio por los usuarios^{188,192,309-313}. El efecto que produce sobre

algunos usuarios se traduce en una menor demanda de información, la reducción de las consultas a lo mínimo imprescindible y en posponer el resto de sus dudas para sucesivos encuentros. El peligro radica en que repercute negativamente sobre la seguridad del paciente ya que aumenta el riesgo de que las prescripciones no sean adecuadamente comprendidas y en consecuencia no bien realizadas³¹⁴.

Los factores descritos que influyen en la disponibilidad de tiempo para la consulta dependen del tipo de profesional, del enfermo y de la enfermedad. El colectivo de enfermería dispone de más tiempo para las consultas programadas de enfermedades crónicas, lo que permite a estos pacientes informarse mejor tanto de su enfermedad como de los servicios que oferta el sistema sanitario. Ello se traduce en una valoración más positiva del tiempo de atención y de la capacidad de escucha de este colectivo en AP, en los resultados del barómetro sanitario de Castilla y León de 2010²⁸⁰. Esta relación de especial complicidad con los enfermos ha inducido a posicionar al colectivo de enfermería como defensor de los pacientes y de sus derechos. Sin embargo para la mayoría de los jóvenes, los profesionales de enfermería son casi desconocidos a pesar de que este colectivo es protagonista en las actividades preventivas y de educación para la salud, dirigidas especialmente a jóvenes. De igual forma enfermería también juega un papel fundamental en la detección del grado de alfabetización en salud o la comprensión de la información médica¹⁸⁰ denominado “sexto signo vital”, cuya importancia radica en su relación con la dificultad para el cumplimiento de las prescripciones en enfermedades crónicas³¹⁵ y en la menor capacidad para detectar enfermedades.

Ante la limitación del tiempo disponible para la consulta el colectivo médico promueve la colaboración y el reparto de tareas entre los diferentes profesionales y especialmente la desburocratización de las consultas médicas para dedicar más tiempo a la información y la atención directa al enfermo. Disponer del tiempo necesario es una clásica reivindicación corporativa a la que se suman los colectivos de pacientes. De confirmarse en nuestro medio los resultados del estudio de Becker que, tras analizar la distribución del tiempo durante una jornada de trabajo de once horas, concluye que sólo se dedican

cuatro minutos para hablar con cada paciente, la mejora de la distribución de los tiempos dedicados a cada actividad sería una empresa ineludible ³¹⁶. Este estudio aunque está realizado en otro país y en el medio hospitalario ilustra claramente el consumo de tiempo en actividades diferentes a lo que ha sido el papel tradicional del médico basado en la comunicación médico paciente. En AP la importancia de disponer de tiempo es fundamental para escuchar, observar, preguntar y explorar, integrando toda esa información en la elaboración de un plan de actuación que deberá ser explicado al paciente, para ayudarle a elegir de manera informada entre las diferentes opciones, bien sean diagnósticas o terapéuticas. Para todo ello, indudablemente son necesarios muchos más de cuatro minutos o los diez que con frecuencia se solicitan en las reivindicaciones corporativas que se realizan de manera periódica.

Las características personales del enfermo deben tenerse en cuenta en la distribución del tiempo para la consulta, asignando más minutos a los pacientes de mayor edad, que en general necesitan más tiempo para el desarrollo de su atención. Estas diferencias se comprueban diariamente en la consulta, así no es igual atender un proceso febril en un paciente joven sin factores de riesgo que en un anciano con enfermedades crónicas, pues el tiempo empleado para la anamnesis, la exploración física, la valoración, la comprensión y decisión de las medidas a tomar son meridianamente diferentes. El tipo de proceso patológico que se consulta también influye notablemente en el consumo de tiempo necesario para completar el enfoque y consensuar las medidas a tomar. Este varía en gran medida ante el enfoque adecuado de unos síntomas inespecíficos en un paciente nuevo, o en el necesario para resolver una enfermedad banal o una exacerbación de un proceso crónico ya conocido. Por último el contenido de la consulta también afecta al consumo de tiempo y no es lo mismo prescribir un tratamiento crónico, valorar su adherencia y posibles efectos secundarios, que instaurarlo por primera vez. Por todo ello, la gestión del tiempo en la consulta resulta compleja al estar influida por numerosos factores que afectan a la duración de la misma.

Otros factores externos que influyen en la distribución del tiempo de consulta dependen de la organización de la atención sanitaria a las urgencias en el CS o en el domicilio. Existen modelos de organización del trabajo que

centralizan la atención a la urgencia, en el EAP o en otro servicio, que podría reducir su efecto. En el área de salud de Salamanca existen equipos cuya organización interna permite la atención a las urgencias durante el horario de la consulta programada por otro médico, minimizando así la influencia de este factor en la distribución del tiempo.

En definitiva, el tiempo es un elemento determinante de la calidad de la atención sanitaria y aunque depende de múltiples factores, que no siempre son previsibles, resulta crucial adoptar las medidas necesarias que garanticen un tiempo mínimo de consulta. Estas acciones mejorarán los resultados de la atención y la satisfacción de los usuarios y profesionales.

6.1.3. El trato y el estilo de relación médico paciente.

Entre otras acepciones la palabra trato se define como la manera de comunicarse o de relacionarse con otras personas. En este contexto el término trato se refiere al estilo, la forma o el modo en que los profesionales se dirigen a los usuarios durante el proceso de la atención sanitaria, siendo este otro de los factores determinantes en la comunicación^{100,261,264,278,279,283,288,303,317-321}.

Esta investigación confirma la importancia que adquiere el uso del lenguaje verbal y no verbal de los profesionales en la percepción del trato, convirtiéndose en ocasiones en una barrera decisiva que impide u obliga a posponer la solicitud de información^{269,322,323}. Las experiencias de los usuarios en las que el trato ha dificultado la efectividad de la comunicación de la información, da lugar a comentarios reivindicativos. Los participantes, no obstante, lo justifican en base al mal ambiente laboral que perciben y la falta de reconocimiento hacia los profesionales, tanto por parte de los usuarios como de los líderes de la organización.

La importancia de una comunicación empática es indiscutible, se trata de un fenómeno complejo que está influido por diferentes aspectos³²⁴⁻³²⁸, como la escucha activa, la cordialidad, la calidez, la cercanía, el respeto, el tiempo y apoyo emocional; debiendo también contemplar la comprensión de las dificultades de los pacientes para seguir los tratamientos y la ayuda a superarlos³²⁹. Cuando, desde el punto de vista subjetivo, se consigue reunir

estos elementos los pacientes perciben una mayor seguridad y compromiso con el cuidado de su enfermedad y en definitiva se obtienen mejores resultados en salud como muestra el trabajo de Del Canale 2012. En este estudio italiano se comparó su empatía con la incidencia en sus pacientes de algunas complicaciones de la diabetes observando que existe una relación significativa entre ellos, de manera que a mayor empatía de los médicos, la incidencia de complicaciones era menor³²⁶. La realidad de la práctica médica indica que aunque la empatía se puede aprender y practicar mejorando los resultados en la comunicación, el proceso es bidireccional y en ocasiones resulta difícil alcanzarla con determinados pacientes. El aprendizaje, teórico y práctico de estas habilidades debería correr paralelo a la formación científico técnica durante los estudios de pregrado y posgrado. Si se dedicara el tiempo adecuado de formación se evitaría la impresión académica generalizada que prioriza la importancia de la formación científico técnica y minimiza la repercusión de las dificultades en el trato a los pacientes. Los usuarios tradicionalmente han tenido mayor dificultad para valorar la capacidad científico-técnica pero no así el trato recibido, que frecuentemente es señalado como una barrera^{100,264,288}. Desde la formación continuada y la formación especializada de medicina familiar y comunitaria se ha insistido en la formación en habilidades de entrevista y comunicación con los pacientes aunque los resultados a la vista de estas conclusiones aun tienen que seguir mejorando.

La evolución social ha impulsado el cambio en la relación médico paciente de forma que en el momento actual se asume que debe partir de un trato igualitario, basado en la confianza y centrado en el paciente^{264,327}, que le permita tomar decisiones y alcanzar sus expectativas³²⁸ sin reducir la equidad de los servicios. Esta democratización de la relación sanitaria con pacientes competentes y comprometidos con el cuidado de su salud es el escenario más adecuado para la atención clínica. Estos términos resultan esenciales en la atención a enfermos crónicos, como medio imprescindible para implicarlos en la mejora del control de su enfermedad³²⁹, aumentando su percepción de salud y su satisfacción con el sistema sanitario consiguiendo en definitiva aumentar su fidelidad con el médico y los servicios sanitarios^{203,330}. A pesar de que tanto la práctica médica como algún estudio³²¹ indica que no todos los pacientes se

sienten cómodos con este tipo de relación y siguen delegando en el médico la toma de decisiones, el cambio en el acceso a la información sanitaria con las nuevas tecnologías de la información ha equilibrado la balanza de la relación médico paciente haciendo patente la necesidad de cambiar el modo de relación con ellos. De manera casi anecdótica también se reconoce que los cambios afectan al trato que los usuarios proporcionan a los sanitarios^{264,331,332}. Este cambio se aprecia en la consulta diaria con un número cada vez mayor de pacientes que cuestionan y contradicen las indicaciones recibidas.

Este aspecto está adquiriendo tal interés, que se clasifica a los trabajadores del sistema sanitario como favorecedores o entorpecedores de la información y comunicación, según tengan la capacidad para escuchar en lugar de interrogar³³³, y de establecer una comunicación fluida y empática con un trato amable^{334,335}. Entre los factores dependientes del médico que influyen en el trato a los pacientes se ha investigado la diferente afinidad o el interés hacia determinados tipos de pacientes detectando diferencias según la edad, el sexo y la forma de pago^{336,337}. También se conoce cómo cambia el perfil de comunicación con el paso del tiempo. En su estudio Ruiz Moral 2002 analiza los cambios que experimenta la comunicación de los residentes con los pacientes, encontrando que al terminar su periodo de formación acortan el tiempo de la entrevista con detrimento de las habilidades básicas de comunicación³³⁷. Estos hallazgos deberían tomarse en consideración para promover la realización de actividades formativas que favorezcan la comunicación con los pacientes en los términos en los que la evolución social precisa, de forma que el desarrollo de las actividades del proceso asistencial, como la gestión del tiempo, el diagnóstico diferencial o la solicitud de pruebas complementarias, etc, no supongan una merma de la escucha y la capacidad de dialogo.

Además de las características personales del profesional los resultados de esta investigación indican otros factores modificadores del énfasis en la información como el tipo de proceso patológico (agudo o crónico) y su gravedad. Se acepta cierta variabilidad individual inevitable, pero se reivindica la existencia de un estándar mínimo garantizado^{336,338,339} cuya responsabilidad se atribuye a la administración sanitaria que debe garantizar las habilidades de

sus trabajadores, capacitándolos para transmitir la información de forma eficaz y homogénea³⁴⁰⁻³⁴⁸.

6.1.4. El contenido de la información.

Entre las características consideradas básicas en la información recibida sobre el sistema sanitario se encuentra la necesidad de que sea comprensible, integrada, actualizada, completa y coordinada entre los diferentes dispositivos asistenciales. Los resultados obtenidos reflejan estas particularidades, así como los problemas que se pueden plantear en caso de que no se cumplan.

Todos los profesionales que atienden al paciente tienen reconocida competencia para proporcionarle información, independientemente de su categoría profesional o el nivel asistencial en el que ejerzan^{349,350}, por ello parece lógico solicitar que la información que se les proporcione esté coordinada y consensuada entre los diferentes profesionales que han participado en el proceso. Cuando no se consigue este objetivo se genera desconfianza, incomprensión e inseguridad en los usuarios. En diferentes publicaciones se pone de manifiesto cómo la coordinación de la información aumenta la seguridad de la atención sanitaria y mejora los resultados en la satisfacción y en la calidad percibida por el usuario^{8,193,351-367}. Hay propuestas variadas que incluyen la posibilidad de disponer de un médico consultor³⁶⁸, y utilizar la tecnología y la teleinformación para mejorar la comunicación y reducir los costes^{354,356}. Sin embargo no siempre los proyectos de mejora de la comunicación y coordinación han resultado eficaces³⁶⁹.

La información integrada, idealmente, significa que la coordinación entre los profesionales debe considerar, también, a la ofrecida por los medios de comunicación y por otros organismos o recursos sanitarios tanto públicos como privados. Esta necesidad de coordinación entre los diferentes recursos y dispositivos disponibles ya ha sido señalada en estudios previos³⁷⁰. Un requisito imprescindible para que esta coordinación en la información sea eficaz es que todos los implicados contribuyan a mantenerla actualizada. Los grupos participantes, especialmente el constituido por miembros de

asociaciones responsabilizan de esta tarea a las administraciones competentes.

La forma personal de afrontar la vida y el diagnóstico de la enfermedad influye en la definición de la cantidad de información que desean obtener las personas. Así la demanda de que la información sea completa generó controversia entre los participantes, con posturas antagónicas entre los que querían tener toda la información disponible y los que preferían disponer de la información de forma gradual y paralela a su proceso de adaptación al problema de salud, a lo largo de los sucesivos encuentros con el profesional sanitario.

La información por encima de todo debe ser comprendida por el paciente ya que sin esta comprensión, no se completa el proceso informativo, reivindicándose, en este sentido, la utilización de términos inteligibles por los pacientes. La utilización de un lenguaje accesible aumenta la satisfacción de profesionales y pacientes, y mejoran los resultados en salud física, mental, funcional y subjetiva de los pacientes^{345,371}. Se precisa un lenguaje adaptado a las características individuales de cada paciente y a su grado de alfabetización en salud. Además, de forma preventiva, hay que comprobar que la información transmitida es interpretada adecuadamente por el interlocutor. De esta manera se podría evitar la inquietud generada cuando no se comprende adecuadamente o se interpreta de forma exagerada la información recibida. También se conoce la influencia directa que existe entre la comprensión de la información y la adherencia a las medidas generales recomendadas y a los tratamientos farmacológicos, alegando con frecuencia su ausencia como causa de incumplimiento^{327,372-375}. Entre los muchos efectos beneficiosos esperables se describen la reducción de los siguientes aspectos: la demanda, la frecuentación, la solicitud de pruebas complementarias, las derivaciones, produciéndose en definitiva un incremento de la efectividad y eficiencia clínica en AP, mejorando los resultados y reduciendo los costes^{345,374,375}. Por todo ello estamos de acuerdo con la propuesta de Saamaño de profundizar en la investigación sobre comunicación médico paciente para enseñarla, aprenderla y establecer la medida adecuada de esta habilidad de comunicación de los sanitarios con los pacientes, especialmente necesaria si los mismos son de

trato difícil^{342,343,345,347}. Entre las medidas de mejora que proponen los participantes en esta investigación llama la atención la realización de auditorías de comunicación que permitieran comprobar en qué medida la información recibida por el paciente se corresponde con la emitida por el profesional^{263,348}.

6.2. Necesidades de información.

6.2.1. Enfermedad.

La principal necesidad de información manifestada por los participantes fue la referida a la enfermedad concreta que se diagnostica, en su sentido más amplio, tanto si se trata de un proceso banal como si tiene mayor repercusión. El discurso de los grupos revela que conocen el derecho a la información previa, necesaria para el consentimiento informado y la elección de tratamientos o pruebas diagnósticas^{18,21,30}.

Como se ha comentado los participantes en la investigación mantienen dos posturas antagónicas en relación a la cantidad, la extensión, profundidad y la forma en que debe proporcionarse la información sobre la enfermedad. Por un lado están los que quieren saberlo todo sobre su enfermedad y ser los primeros en tener la información, por otro los que demandan información de forma progresiva según van adaptándose a la nueva situación que les depara su proceso y finalmente los pacientes que no desean saber nada o que consideran que aún no está preparado recibir la información^{36,39,376,377}. En esta línea Guix 2003 observa que aunque el 37,9% de los pacientes no quieren tomar decisiones confiando firmemente en el médico, casi todos, un 96,5%, siguen demandando información, lo que muestra que la confianza no sustituye el interés por la información³⁷⁸. Por ello, interpretamos que la forma personal de enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad, especialmente si es grave, depende de otras características intrínsecas de cada persona, independientes de las variables estructurales empleadas en este análisis. No obstante, estudios sobre el grado de información según las características de los pacientes encuentran que se informa más a los pacientes más jóvenes^{184,201,379} y varones³⁸⁰. Ante esta controversia algunos autores sugieren preguntar previamente al paciente su posición ante futuras situaciones, registrándola en

la historia clínica, para que llegado el momento no se dude sobre su posición y no se acabe atendiendo a los deseos de los familiares o a las apreciaciones del médico²⁰¹.

Las necesidades informativas recorren, como en un tratado de patología general, todos los apartados del proceso nosológico: los síntomas clínicos, el diagnóstico, la evolución, el pronóstico, el seguimiento, el tratamiento (en su sentido más amplio) y la derivación a otro especialista. Estas necesidades informativas se confirman también en estudios de patologías como la osteoporosis³⁸¹ y la asbestosis³⁸². El tratamiento es el apartado que más inquietudes recoge, en especial por las opciones terapéuticas, los cuidados de alimentación, los hábitos, la prevención de las complicaciones y el tratamiento farmacológico^{71,75}. A los pacientes más mayores les preocupan los cambios de tratamiento por fármacos genéricos. Comprenden su necesidad por motivos económicos, pero solicitan medidas como la isoapariencia, para facilitar su utilización sin causar perjuicios ni confusiones. La información sobre los recursos disponibles para abordar determinadas enfermedades debe proporcionar una visión amplia e integrada incluyendo accesorios, transporte sanitario, valoración de discapacidades, ayuda a domicilio, viviendas tuteladas, tipos de ingresos hospitalarios, asociaciones, etc., independientemente de que su titularidad sea pública o privada.

Son clásicos los estudios sobre las expectativas de los pacientes ante una consulta habiéndose observado que el 55% cree que le prescribirán algún tipo de tratamiento y el 13% que serán remitidos a un especialista³⁸³; Además el 94% espera recibir información sobre el diagnóstico, el 82% sobre el pronóstico, el 76% sobre prevención y el 80% sobre cuidados³⁸⁴. Varios autores encuentran que cumplir las expectativas aumenta la satisfacción expresada tras la consulta, e incluso cierta mejoría de los síntomas en el seguimiento de los pacientes^{376,385-388}. Sin embargo el hecho de que los profesionales sean conocedores de las expectativas de los pacientes, reduce su satisfacción y hace que se sientan más incómodos ante los pacientes exigentes³⁸⁵; tampoco parece que sirva para adecuar las actuaciones de la consulta a las preferencias de los pacientes y, al contrario, se observa cómo se prescriben medicamentos en más ocasiones de lo esperado por los

pacientes³⁸⁴. Paradójicamente el conocimiento de las expectativas de los usuarios por los profesionales conduce a una menor satisfacción de las mismas, lo que parece ser reflejo de los cambios sociales y consecuencia de la adaptación que profesionales y usuarios tienen que realizar ante el nuevo modelo de relación. Algunos autores proponen iniciar la consulta instando al paciente a enumerar sus expectativas, lo que permitiría al profesional conocerlas, intentar aclarar su pertinencia y negociar su prioridad, obteniendo ambos de esta manera mayor capacidad resolutive y minimizando su insatisfacción al no alcanzarla³⁸⁹.

Algunas investigaciones describen la influencia que la información facilitada a los pacientes tiene en el resultado de la atención sanitaria. El paciente informado obtiene mejores resultados de salud debido a un mayor grado de cumplimiento de los tratamientos y a un manejo más eficiente de las incidencias diarias de su proceso de salud ya sea agudo o crónico, lo que reduce los reingresos hospitalarios por urgencias y el coste de la asistencia^{166,185,390,391}. Por último, un paciente informado tiene menos riesgo de sufrir un incidente o un suceso adverso relacionado con la utilización de medicamentos. Al ser ésta una de las causas más frecuentes de sucesos adversos en AP, la mejora de la información aumentará la seguridad de los pacientes en relación al uso de los medicamentos^{35,106,392-395}. Por todo ello se debería destacar la importancia de lo que algunos investigadores denominan “la segunda parte” de la consulta, o “los últimos 3 minutos clave” en la atención clínica y procurar herramientas como soporte escrito de las indicaciones, que refuercen el mensaje informativo sobre el tratamiento farmacológico^{396,397}.

Un resultado interesante y novedoso de nuestro trabajo es el denominado por los participantes “efecto etiqueta”, refiriéndose a la influencia de la edad y los diagnósticos previos de los pacientes en la relación con el sistema sanitario. Los pacientes consideran que los antecedentes personales determinan de tal manera el proceso diagnóstico que realiza el facultativo, que en las consultas por nuevos problemas, prevalecen los problemas de salud ya diagnosticados sin considerar otras alternativas diagnósticas. Estas percepciones negativas de los usuarios sobre el proceso de diagnóstico diferencial ponen de manifiesto problemas de comunicación y confianza. A pesar de todo, los profesionales de

AP resuelven el 90% de las consultas con una elevada seguridad. Es evidente que estos datos no se han sabido transmitir a los usuarios que demandan exploraciones complementarias y diagnósticos diferenciales exhaustivos aún cuando su médico de AP valore que no son necesarios. Por todo ello creemos que es necesario un esfuerzo adicional que genere una mayor confianza en la eficacia y capacidad resolutoria de la AP. Este nivel asistencial proporciona cuidados de “baja intensidad y gran calidad” donde se promueve una actitud activa continua que evita los daños (prevención cuaternaria) y aumenta la seguridad de los pacientes protegiéndolos de los peligros del sistema sanitario por sus actividades excesivas o innecesarias²⁹¹.

Los participantes mayores expresan una opinión diferente destacando la importancia de la historia clínica, como documento que recoge la relación del paciente con el médico y el sistema sanitario de AP a lo largo del tiempo^{297,298}. Esta continuidad en la atención, como ya hemos comentado, es una de las características esenciales de la AP que favorece la función de información necesaria para el diagnóstico y el manejo de las enfermedades. Solicitan que, independientemente del formato de la historia clínica, en papel o informático, se cuide su conservación y su actualización, como base para la adecuada relación médico paciente y como garantía de la continuidad asistencial a los pacientes^{370,398-400}. Ionescu ha estudiado en Canadá la relación entre la utilización de los servicios de urgencias por los mayores de 65 años y las características de la AP en relación a su accesibilidad y continuidad encontrando que estos servicios se utilizan un 45% más si falta la referencia del médico de AP o la continuidad de cuidados por el mismo profesional³⁹⁹. La continuidad entre diferentes dispositivos asistenciales es un aspecto del proceso asistencial al que los usuarios conceden gran importancia, lo que ha impulsado el diseño de herramientas para su valoración desde la perspectiva del usuario⁴⁰⁰.

Otra propuesta que realizan los grupos se refiere a que la información facilitada a los familiares de pacientes con deterioro cognitivo sea más amplia y completa, que ayude al cuidador a comprender y gestionar la evolución y las necesidades previsibles del paciente. Esta necesidad de información de los familiares cuidadores, que generalmente son mujeres, se confirma en otras

investigaciones sobre atención a niños, enfermos crónicos y pacientes con deterioro cognitivo^{188,401-403}. La información a familiares y acompañantes en urgencias se detecta como oportunidad de mejora (79,7% están satisfechos) en el barómetro sanitario de Castilla y León de 2010, realizado mediante encuesta telefónica a usuarios sobre su: satisfacción, insatisfacción o indiferencia tras su atención sanitaria²⁸⁰. Además, los familiares que acompañan al enfermo son una fuente importante de información complementaria durante la entrevista al paciente que es preciso reconocer⁴⁰⁴, y con frecuencia estos familiares son también pacientes de la consulta de AP que sufren las consecuencias del cuidado y la enfermedad, siendo necesario prestarles especial atención a su perfil y el estilo de afrontamiento que desarrollan ante el cuidado⁴⁰⁵.

En este trabajo hemos identificado las demandas relacionadas con los contenidos de la información sobre la enfermedad desde la visión de los pacientes. Una aplicación sería extender las conclusiones a todo el área de salud potenciando la comunicación para mejorar los resultados y la satisfacción con el sistema sanitario.

6.2.2. Prevención y diagnóstico precoz.

Los resultados indican que existe un interés general por mantener la salud practicando hábitos de vida saludables y participando en los programas de actividades preventivas que se realizan en los centros de salud (vacunaciones, exámenes de salud, etc). Los participantes consideran que es necesario disponer de información, lo que no equivale directamente a tener una salud mejor, sino que se destaca la importancia de responsabilidad y la autonomía personal sobre los cuidados y la propia salud del individuo. Estos resultados concuerdan con la corriente creciente de empoderamiento y auto-responsabilización de los pacientes como participantes y protagonistas centrales en el sistema sanitario^{8,9,52}. Estas posturas se ratifican en las investigaciones de Arredondo y Martín que describen cómo aunque aumenten los conocimientos sobre nutrición o prevención de accidentes no siempre mejoran las pautas de alimentación o se reduce la incidencia de accidentes. Entre los distintos motivos alegados por los autores para justificar estos

resultados se alude a que se trata de estudios realizados a corto plazo, siendo necesario plazos más amplios para que se puedan apreciar efectos de las intervenciones educativas, y por otro lado al vínculo con otros factores como el precio de los alimentos o el tiempo necesario para su preparación, lo que dificulta que los consejos sean llevados a la práctica, aunque se conozcan sus beneficios^{196-198,406}. Diversos estudios han observado que el desarrollo de actividades para prevenir las complicaciones de enfermedades crónicas en los pacientes mayores, reduce un 17% el riesgo de mortalidad y aumenta un 23% la probabilidad de seguir viviendo en su comunidad y, aunque sus evidencias son limitadas, los autores consideran que sí se podría aconsejar intervenir de forma activa en este colectivo^{407,408}. Como en otros estudios a los participantes les preocupan los hábitos perjudiciales como el consumo de drogas, tabaco y alcohol por su relación con los accidentes de tráfico y el deterioro causado en la salud, sobre todo en los jóvenes de las zonas de menor nivel socioeconómico⁴⁰⁹.

Nadie discute el papel que juegan la administración y los profesionales sanitarios en la difusión información sobre actividades preventivas y hábitos saludables a los usuarios. Pero también es conocido que el simple conocimiento de estas actividades no es suficiente para que los usuarios las incorporen en la práctica, lo que hace necesario un seguimiento de cómo los consejos proporcionados son llevado a cabo. Cuando el paciente no sigue las indicaciones o consejos, es preciso comprobar que comprende los riesgos que conlleva no atender dichas propuestas, intentando que comparta con nosotros sus creencias y dificultades para poder ayudarle. Si esto no es posible, se impone respetar su decisión y aunque pueda resultar frustrante para el sanitario, no le exime de la necesidad de reforzar las propuestas en sucesivos contactos con esos pacientes a la espera de que en un momento determinado puedan mostrarse receptivos a cambiar su conducta.

Otro interesante y extenso debate se estableció en torno a la importancia que atribuyen al diagnóstico precoz de las enfermedades. Los participantes sugieren difundir información acerca de los signos de alarma de enfermedades urgentes o graves entre la población general. Al ser capaces de reconocer su aparición, se acelerará el contacto con el sistema sanitario, permitiendo el

diagnóstico temprano que a su vez aliviará sufrimientos y gastos tanto para los pacientes como para el sistema. Sin embargo, es necesario extremar la prudencia para la realización de estudios complementarios o test genéticos evitando el sobrediagnóstico, sobrestimar el riesgo y generar ansiedad anticipatoria. Estas necesidades señaladas en nuestros resultados son concordantes con los del estudio de Cabrera 2006 que muestra cómo facilitar información previa detallada y comprensible, disminuye la ansiedad generada durante la espera del resultado de un consejo genético⁴¹⁰. Por otro lado se considera la necesidad de reconocimiento social e inversión económica, en medios y recursos humanos para potenciar las intervenciones preventivas. Estas actuaciones se desarrollan especialmente en AP y en los grupos de discusión se reconoce la importante labor de los docentes que mediante la educación para la salud ayudan a la detección precoz y a la comprensión de la enfermedad en los niños y jóvenes, y a través de ellos, también a sus familias. Por otra parte, aunque a todos nos gustaría prevenir todas las enfermedades, la realidad nos demuestra que esto no siempre es posible, ni tampoco siempre es lo mejor. Estamos de acuerdo con Gervás 2006 que opina que la sociedad actual busca evitar todo riesgo o evento desagradable posible, solicitando prevención completa para evadir la incertidumbre, la indeterminación; que rechaza el riesgo y se obsesiona por la salud, especialmente si depende de otros y no le supone un esfuerzo añadido; muestra de ello es la insistencia, en estos resultados, de la solicitud de chequeos. Opinamos que para alcanzar el equilibrio necesario en una intervención segura, la prevención cuaternaria debe moderar el papel de las otras opciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas para atenuar o evitar en lo posible las consecuencias y los efectos perjudiciales de una intervención médica excesiva²⁹¹.

6.2.3. Organización servicios sanitarios AP.

Ante la dificultad real para utilizar de forma adecuada los servicios que son desconocidos para los usuarios, se comprende la demanda de información acerca de la organización de los servicios sanitarios de AP, por otra parte coincidente con lo planteado tanto por usuarios como por los profesionales en otros estudios. La información solicitada incluye aspectos de organización de

los servicios sanitarios de forma genérica, y otros más concretos, referidos a las peculiaridades de cada centro de salud, acerca de la disponibilidad, los tipos de consultas, profesionales, horarios, direcciones, teléfonos y los requisitos y forma de acceso. Con la finalidad de mejorar el acceso y optimizar la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios la información debe ser completa, actualizada y estar coordinada entre los diferentes niveles de atención, incluyendo los recursos públicos y privados^{180,315,370,412}.

El debate de la organización de los servicios en los grupos se centró en los servicios de urgencias, tanto de AP como de AE o emergencias sanitarias, analizando entre otros aspectos las causas que empujan a los usuarios a su utilización. Esta inquietud ha sido analizada en varios estudios, en los que han apuntado, entre otros factores críticos, la necesidad subjetiva de una atención inmediata por el desconocimiento sobre la gravedad de los síntomas, favorecidos por la accesibilidad sin restricciones a la atención en urgencias. En este sentido la información a los usuarios junto con la adecuada organización de los servicios de urgencias son elementos necesarios para una atención eficiente^{116,117,315}. No obstante se reconoce que, aun disponiendo de la información adecuada, puede hacerse un mal uso de los servicios por conveniencia de los usuarios. La práctica clínica lo corrobora cuando se atienden de urgencia procesos banales cuyo único motivo es compatibilizar sus actividades personales con la atención a su enfermedad, favorecidos, en muchos casos, por la falta de accesibilidad a la consulta de AP; o cuando los usuarios, que no toleran la incertidumbre, acuden a los servicios de urgencias hospitalarias atraídos por el acceso casi instantáneo a pruebas complementarias y consultas especializadas.

Frecuentemente se establece un conflicto entre la creencia de los usuarios de su derecho a la atención sin límites, en cualquier momento y en cualquier sitio y la capacidad de los profesionales sanitarios y, en general, de la organización para facilitar asistencia sanitaria manteniendo la sostenibilidad del sistema. Este tipo de comportamientos conducen a una disminución de la eficiencia y agilidad del sistema, repercutiendo en última instancia en una disminución de la satisfacción de los usuarios. Por todo ello es preciso revisar la información que se ofrece del sistema sanitario, transmitiendo la idea de que

la máxima eficacia del sistema para la solución de los problemas de los pacientes, se obtiene cuando el nivel de atención se adecua al tipo de proceso atendido. En este proceso la AP juega un papel fundamental consiguiendo resolver con mayor agilidad y menor riesgo para los pacientes muchos de los motivos de consulta de las urgencias hospitalarias. Es preciso facilitar la accesibilidad de la atención en este nivel como ya hemos comentado ampliando su disponibilidad horaria, minimizando las listas de espera y dotándoles de recursos personales y materiales adecuados^{292,412}. Los participantes de los grupos de discusión, proponen en este sentido, la presencia de un médico de urgencias en el CS que resuelva las consultas telefónicas y la atención a los imprevistos sin interferir en las actividades asistenciales del resto del CS. Este modelo de organización tiene sus ventajas para usuarios y profesionales, pero cuando se realiza con el mismo personal del centro podría tener efectos colaterales como el aumento de la lista de espera o la posterior realización de consultas con su médico para trámites y seguimiento.

La ubicación idónea del servicio de urgencia, en grandes núcleos de población, generó un debate entre los que prefieren la cercanía del CS y los que opinan que todos los servicios de urgencia deberían estar concentrados en la puerta del hospital⁴¹³. Esta postura podría ser una expresión de la visión hospitalocentrista del sistema sanitario y la veneración que causa la tecnología en la sociedad actual, aunque deben ser atemperadas por otros criterios como la distancia y la dispersión de la población al centro sanitario para garantizar la accesibilidad y la eficiencia. La atención a la emergencia centralizada en el servicio 112 se valora con satisfacción, mediante la información y el despliegue de medios técnicos, consiguen mejorar los resultados de la atención en casos graves y orientar la resolución en los demás.

Los participantes consideran que sería muy positiva la existencia de un servicio de atención telefónica rápida que orientara, ante una situación concreta, hacia el recurso más adecuado a utilizar y que resolviera las posibles dudas sobre fármacos o síntomas clínicos. Aunque esta función la desarrollan en parte emergencias sanitarias 112 y los servicios convencionales de urgencia, cuando se establece este tipo servicio para un colectivo concreto

como la experiencia desarrollada en el área de Valladolid respecto a la atención pediátrica, la mejora de los resultados conseguidos es incuestionable. Se produce un aumento de la satisfacción y la reducción de las consultas urgentes hospitalarias pediátricas, con el consecuente aumento de la eficiencia y la reducción de los costes mediante la instauración de atención telefónica⁴¹⁴. De forma similar algunos Servicios de Salud de otras CCAA, ya ofrecen un servicio de atención telefónica las 24 horas (Tabla 5). Debería garantizarse la continuidad de estas experiencias locales que se han mostrado positivas, a la vez que se promueve su implantación en otras áreas de salud de la comunidad.

En definitiva los participantes en sus conversaciones, muestran un alto grado de responsabilidad en la utilización de los servicios y las demandas de información que realizan. Sus propuestas inciden en la necesidad de mejorar la gestión de los recursos de forma satisfactoria para todos los implicados en el proceso de atención sanitaria. Estas afirmaciones certifican la capacitación o el empoderamiento creciente entre los usuarios del sistema sanitario, que partiendo del reconocimiento de su responsabilidad en el uso adecuado de los recursos, como muestran en su catalogo de compromisos de pacientes para el uso del sistema sanitario, solicitan mayor presencia y poder de decisión como parte esencial del servicio sanitario⁵⁵.

6.2.4. Prestaciones y otros recursos, coordinación información.

Todos los grupos demandan claramente información sobre los trámites y gestiones necesarios para acceder con garantía de equidad a la oferta disponible de las prestaciones complementarias y los recursos sociosanitarios. El hecho de que el origen de las asociaciones de pacientes sea la defensa de sus derechos, podría explicar que sus representantes insistan de manera repetida en la importancia de difundir la información para que las prestaciones sean conocidas por todos aquellos que las necesitan, proponiendo un método de trabajo integrado a modo de red sociosanitaria, en la que participaran los diferentes grupos de interés implicados.

Para conseguir este objetivo, es necesario que los profesionales sanitarios dispongan a su vez de información completa y coordinada^{354,355,415}.

Anteriormente se ha señalado que esta coordinación es un requisito básico; lógicamente es necesario que la comunicación entre los profesionales que atienden a un enfermo en el mismo o en diferentes niveles de atención, sea ágil y eficaz, y que la información que se facilita al paciente sea coherente y acordada previamente entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales e incluso con los medios de comunicación^{183,287,351,416-419}.

Se comprueba que los problemas de comunicación causan perjuicios en la evolución y en la seguridad de la atención a los pacientes^{89,91,106}. Así mismo, la falta de uniformidad en la información transmitida al paciente genera incompreensión, desconfianza e inseguridad^{352,353,420}, mientras que la coordinación asistencial entre los servicios y la continuidad mejoran la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios^{315,351,354,365}. Foy 2010 realiza un metanálisis y concluye que es eficaz una intervención de mejora de la comunicación en pacientes con diabetes, enfermedades psiquiátricas y cáncer⁴²¹.

6.2.5. Servicios administrativos trámites y papeleos.

Los grupos identifican la tarjeta sanitaria individual como el documento que acredita el derecho a la atención sanitaria, sin embargo no se sienten bien informados en relación con los trámites necesarios para su obtención, mantenimiento, actualización o renovaciones. Un conocimiento previo de estos aspectos agilizaría la gestión de posibles cambios de domicilio o de situación laboral, y de incidencias como caducidades o extravío de la tarjeta.

Les preocupa la excesiva variabilidad detectada en la organización de la atención a los pacientes desplazados temporalmente de su domicilio habitual, entre los diferentes CS y CCAA. El grupo de población que en algún momento puede verse afectado por esta circunstancia es cada vez mayor, dado que también son más frecuentes los desplazamientos por ocio, trabajo, estudios o para recibir o prestar atención a sus familiares de forma puntual ó periódica. De nuevo, la solución propuesta incluye divulgar información uniforme y transparente permitiendo conocer los requisitos y las condiciones para dicha atención. No se comprende cómo se concilian las limitaciones detectadas en la

asistencia a pacientes desplazados, con el derecho universal a la atención sanitaria en España. Esta percepción refleja un problema pendiente de solucionar entre las administraciones ya que la sobrecarga asistencial y el consumo de recursos humanos y materiales que supone esta atención no se ve reconocida ni cuantificada, y su carácter imprevisible y estacional no ayuda a su organización. Tampoco hay un acuerdo por las distintas CCAA en cuanto a qué prestaciones son las que se deben ofertar a las personas en tránsito o con doble residencia, y así en algunas se limita a la atención puntual. En general la opinión de nuestros grupos coincide con los resultados de algunos estudios, en el sentido de que la organización de la atención a personas desplazadas está más dirigida a la comodidad de los profesionales que a la resolución de los problemas de salud, y así proponen medidas sencillas como la asignación al mismo profesional en los contactos sucesivos⁴²².

Se puede comprobar que existe un amplio despliegue informativo sobre los derechos y deberes de los usuarios en la información escrita disponible en los centros y en el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. De todos ellos la libre elección, las listas de espera y la participación en el sistema son los que generaron mayor debate.

En relación con las manifestaciones sobre los derechos de los pacientes, la libre elección de médico es la que ocupa la mayor parte de los comentarios reivindicativos. Probablemente la percepción negativa acerca de la efectividad de este derecho expresada en esta investigación está relacionada con la coincidencia en el tiempo con la movilidad de los profesionales por la administración tras resolverse oposiciones y reestructuraciones de plazas, en varias categorías profesionales, tras largos periodos de tiempo de cobertura eventual. La ejecución de estos cambios ha generado descontento en la población a pesar de que están sujetos a la legislación y se han realizado con el objetivo de estabilizar la situación laboral de los trabajadores y adecuar los ratios de población en las consultas al número óptimo. Este conflicto probablemente se minimizaría si existiera un proceso más ágil para cubrir las plazas vacantes, evitando la prolongación excesiva de la cobertura temporal de los puestos de trabajo^{40,284,292}.

Tras el análisis de los discursos y la importancia que asignan a las habilidades de comunicación de los profesionales, es comprensible la solicitud de información cualificada sobre estas competencias, antes de ejercer la libre elección tanto de AP como de AE²⁶³.

Es difícil identificar los criterios y motivaciones que en última instancia son determinantes en el proceso de elección de médico^{423,424}. Algunos servicios hospitalarios publican resultados acerca de la duración de sus estancias, la frecuencia de infecciones e indicadores intermedios de la calidad de sus servicios, que ayuden a los futuros usuarios en su elección. Se conoce que la satisfacción de los pacientes con su médico influye en la utilización de los servicios³⁸⁶ pero ésta depende de muchos factores como su grado de participación y el cumplimiento de sus expectativas^{386,425}. Se ha comunicado la existencia de relación entre la satisfacción del usuario con confianza que deposita en su médico y el deseo de permanecer con él, recomendándolo a sus amigos así como su falta de interés en buscar una segunda opinión³⁸⁸. Los resultados del barómetro sanitario de Castilla y León de 2010 muestran que el 84% de los usuarios valoran positivamente la AP, y el 85,5% la recomendarían. Estos valores aunque son altos están por debajo de los obtenidos en emergencias con una valoración positiva del 96,9% y un 98,4% que recomendaría el servicio y en AE tanto de urgencias como de hospitalización general con el 88,3% y el 92,1% respectivamente que lo valoran positivamente y un 89% y un 91% que lo recomendarían. Sin embargo la valoración de la satisfacción con la información recibida sobre fármacos y problemas de salud es mejor en AP que en hospital (91,5% y 89,8% frente a 89,4%)²⁸⁰.

Las listas de espera para las consultas y las pruebas complementarias centran el debate sobre los derechos asistenciales por su efecto en el retraso diagnóstico y la resolución de los problemas de salud. Los participantes solicitan información sobre los plazos temporales máximos establecidos por la administración para poder elegir otras alternativas para resolver el problema. Esta información ya se facilita parcialmente por la administración sanitaria de Castilla y León, sin embargo los grupos de usuarios solicitan que esta información sea pública, se le de difusión y se generalice a todo tipo de contactos con el sistema sanitario. Las listas de espera son un clásico motivo

de queja, análisis y mejora que sigue sin resolverse. Algunos autores han analizado las opiniones y dificultades de los pacientes incluidos en listas de espera encontrando, desde su punto de vista, la necesidad de un abordaje multifactorial para su solución^{262,269,426-429}.

Los resultados de esta investigación recogen el deseo de un mayor conocimiento sobre el derecho a la participación de los usuarios en el sistema sanitario a través de las reclamaciones: la forma, el procedimiento, los plazos y sus consecuencias. Este cauce es la forma establecida para la participación del ciudadano en el sistema sanitario que, sin embargo, es utilizada por un pequeño número de usuarios. En el año 2007 el 0,04% de los actos sanitarios realizados en Salamanca fueron objeto de una reclamación, ligeramente por encima de la media de la CCAA (0,035%). Del total de reclamaciones, el 30,9% se realizaron en AP, muy por debajo de las presentadas en AE que fueron el 65,5%, mientras que sólo un 0,4% lo hicieron en emergencias sanitarias⁴³⁰. La administración tiene unidades en cada Gerencia donde se gestionan, analizan, resuelven y contestan. Pese a que el objetivo último de la recogida de las incidencias y reclamaciones que realizan los usuarios, es la mejora del servicio, la reiteración de los motivos de queja a lo largo del tiempo nos indica que la efectividad de las mismas es escasa. Con frecuencia los motivos expuestos son subjetivos y poco concretos (el trato inadecuado representa el 9,8% de las reclamaciones en AP y el 5,3% en AE; la falta de cumplimiento de las expectativas en la asistencia el 13,8% en AP y el 10,4% en AE y el 32,2% en emergencias), o su solución implica a otras instancias sobre las que es difícil intervenir (el 43% hace referencia a las listas de espera en AE y el 13,3% a la libre elección de médico y centro en AP). A pesar de ello el análisis de estas reclamaciones ha ocupado numerosas publicaciones, ya que es un medio fácilmente accesible para conocer de forma directa la opinión de algunos usuarios con la intención de detectar posibles áreas de mejora del sistema sanitario^{430,431}.

Los participantes expresan un sentimiento de propiedad y compromiso con el sistema sanitario que les hace depositarios de derechos pero también de obligaciones y responsabilidad sobre su “buen uso”, aspecto que podría mejorarse aumentando la información sobre los recursos^{52,59,432}.

6.3. Medios de información.

Es innegable la importancia que en la sociedad actual tienen los medios de información, especialmente en un área de servicios como el sistema sanitario, siendo fundamental la elección del medio mas apropiado para que el mensaje que se quiere transmitir llegue de manera eficaz a sus destinatarios.

Uno de los objetivos de esta investigación es conocer la percepción de los usuarios del área de Salamanca sobre la adecuación de los diferentes canales de información utilizados por el sistema sanitario. En las intervenciones de los grupos, este tema generó numerosas propuestas especialmente entre los jóvenes y los participantes con estudios superiores. Aunque se detallaron numerosos cauces de información centramos la discusión en las aportaciones realizadas sobre los materiales escritos, los medios de comunicación y la información directa.

6.3.1. Medios de información escritos.

La información escrita ha sido clásicamente la más utilizada por el sistema sanitario para informar a los usuarios. Los informes de alta, las prescripciones farmacológicas y los consejos se han facilitado habitualmente por escrito. En nuestros resultados se reconoce su importancia, habiéndose mencionado este soporte (guías, carteles, folletos, directorios y cartas) por la mayoría de los participantes, aunque con pequeños matices en sus preferencias, según la edad, procedencia y nivel de estudios de los grupos. Como es lógico se destaca la seguridad que les ofrece repasar o ampliar la información una vez terminada la consulta. Se conoce el efecto positivo obtenido al complementar la información oral habitual con información escrita detallada, consiguiendo así aumentar los conocimientos sobre su enfermedad y la satisfacción de los pacientes tanto en el ámbito de la AP como en la AE⁴³³⁻⁴³⁶. Cuando el contenido informativo son los servicios ofertados, los usuarios valoran la seguridad que les proporciona el poder revisar si hay disponibilidad de los servicios que necesitan, los cambios que se pueden haber producido, etc. En general, se consideran un medio adecuado excepto para un pequeño colectivo en los que la falta de hábito para la lectura les genera dificultad. La solicitud de

información por escrito revela cierto continuismo en las preferencias de los procedimientos informativos por los usuarios, lo que podría interpretarse como un afianzamiento de su pertinencia, no obstante el mantenimiento de su eficacia precisa una permanente optimización y actualización.

Las guías y folletos, centran el debate. Los contenidos informativos que se consideran adecuados para este medio son muy variados pero se pueden agrupar en dos tipos fundamentales, la información sobre servicios (organización, disponibilidad, localización, trámites, derechos y deberes) y la de carácter asistencial (enfermedades, actividades preventivas, procedimientos, técnicas, información a familiares, protocolos actuación, etc.). Este medio de información fue destacado especialmente por los participantes en los grupos de asociaciones. Como ya se ha comentado, la información contenida en este medio debe ser: actualizada, completa, práctica, coordinada y comprensible. Las investigaciones que han analizado los documentos escritos de carácter informativo para pacientes ponen de manifiesto diversidad de los mismos y el escaso control de calidad de sus contenidos, a veces poco actualizados y en otras ocasiones con información contradictoria. Como resulta obvio, para garantizar su efectividad, es necesarios que los documentos sean legibles y su contenido inteligible y adecuado a las característica de los usuarios a los que van dirigidos. Por estos motivos se recomienda que la elaboración y el pilotaje de estos documentos cuente con la participación de los usuarios, antes de concluir su edición e iniciar su distribución^{437,438}. Además se propone centralizar la elaboración y atender las recomendaciones de los decálogos y manuales diseñados para ello, así como asegurar su actualización⁴³⁸⁻⁴⁴⁴. En este sentido, para dar respuesta a esta solicitud, en el transcurso de esta investigación, y atendiendo a algunas de las sugerencias realizadas, ya se editado en el área una guía de servicios que ha sido acogida por los usuarios con gran interés⁴⁴⁵.

Los carteles son otro medio escrito de información adecuado que ha sido habitualmente utilizado por los Servicios de Salud para proporcionar información a los usuarios. Entre sus contenidos se incluye la organización y oferta de servicios e información de carácter asistencial. Una medida de mejora informativa señalada por nuestros grupos es disponer de un directorio a la entrada de los centros, con información actualizada sobre los servicios, los

profesionales y su ubicación física, que ayude a conocerlos y a localizarlos con mayor facilidad. En relación a los carteles de contenido asistencial destacan la importancia de su diseño y su disposición en lugares estratégicos que los hagan atractivos para su lectura, siendo conscientes de que su contenido está dirigido sólo a quien acude al CS. Aunque los contenidos señalados ya habían sido detectados en otras investigaciones su reiteración indica que aun no se han resuelto de manera efectiva y los mismos no cumplen totalmente la función para la que son diseñados^{112,192}.

El correo es otro medio de comunicación considerado adecuado entre los pacientes y el sistema sanitario. El correo personalizado, tanto postal como electrónico, se considera útil para informar de las actividades preventivas, las revisiones, las citas y los servicios del centro; mientras que el buzono indiscriminado es propuesto para facilitar información sobre organización y marketing del servicio. Ya en 1993 Ornstein señalaba que la personalización de los recordatorios a los pacientes aumenta su adherencia a las actividades preventivas⁴⁴⁶. En este área los usuarios reconocen el gran valor que tiene la información personalizada que se recibe periódicamente para la realización de mamografías, así como la información sobre los resultados de sus pruebas, proponiendo que se extiendan también a otras actividades. Los mensajes de texto mediante correo electrónico son también eficaces como recordatorio de las citas de consulta al reducir los olvidos⁴⁴⁷. En este área se colabora en un estudio multicéntrico que utiliza como medida de intervención para dejar de fumar los recordatorios mediante mensajes al móvil⁴⁴⁸. En otros países como EEUU esta modalidad de comunicación se ha desarrollado más, y la disponibilidad de consulta con el médico a través de correo electrónico ha alcanzado un gran interés especialmente para pacientes jóvenes y mujeres con alto poder adquisitivo, que afirman que incluso pagarían un poco más por poder utilizar este sistema. La utilización de esta vía de comunicación se ha valorado en diversos estudios con población con patología crónica, y concluyen que aumenta la satisfacción y la resolución de dudas consiguiendo una utilización más adecuada de los servicios^{156,447,449-452}. Las dificultades para popularizar estas herramientas y desarrollar la denominada telemedicina surgen de la necesidad de obtener el consentimiento informado y garantizar la seguridad de

estas comunicaciones, aunque el desarrollo social y tecnológico hace que la evolución esperable sea la incorporación de estas tecnologías en el proceso de consulta médica. En esta misma línea la estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León 2013 contempla la utilización del correo electrónico para mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes, y el desarrollo de aplicaciones que permitan la compatibilidad entre los distintos sistemas informáticos relacionados con la atención del paciente y la integración de la atención sociosanitaria⁴⁵³.

6.3.2. Medios de comunicación.

Televisión, prensa y radio.

Los medios de comunicación masivos como la televisión, la prensa y la radio tienen gran impacto y efectividad al informar a amplios sectores de la población. Su influencia depende también del canal, el horario de emisión, el tipo de programa y su índice de audiencia, factores directamente relacionados con el coste económico, que por otra parte es su mayor inconveniente. A pesar de ello estamos de acuerdo con Meneu que justifica el interés sanitario en estos medios no sólo por su indiscutible impacto sino por la necesidad de combatir informaciones interesadas de empresas o particulares que sí los utilizan^{439,454}. La necesidad de coordinación de la información emitida en los medios con la obtenida en el sistema sanitario es imprescindible suscitando su ausencia perplejidad y desconfianza cuando tras escuchar una noticia en un medio se acude al sistema sanitario no encontrando la respuesta esperada³⁶⁶. Para evitarlo es esencial una relación entre informadores (periodistas, productores de medios, etc.) y sanitarios basada en la colaboración y el asesoramiento, ayudando también a que el periodista se especialice en la información sobre temas sanitarios, que frecuentemente es muy difícil transmitir de forma rigurosa.

El tratamiento de la información sanitaria en los medios de comunicación ha sido ampliamente estudiado, detallándose cómo influye la sección en la que se emite, el modelo del enunciado del título, la frecuencia de cada contenido, su evolución temporal así como las diferencias entre los distintos medios. Las

motivaciones que subyacen al diferente interés informativo son muy variadas y el interés por informar de forma altruista buscando el bien común, tiene que combatir, desde la ética profesional, con los intereses económicos o el sensacionalismo⁴⁵⁵. La expresión máxima de su influencia y repercusión social en la manera de afrontar los problemas sanitarios se ha comprobado en las últimas crisis o epidemias mediáticas como la enfermedad de las vacas locas, la gripe A, etc.^{456,457}. La importancia de una adecuada información lleva incluso a consecuencias legales como la condena al Servicio Andaluz de Salud por las secuelas de una enfermedad vacunable en cuya campaña informativa al parecer, no se transmitió con claridad los riesgos de la no vacunación⁴⁵⁸.

Parece lógico, al tratarse de medios de comunicación habituales y clásicamente conocidos, que su perfil de utilización sea diferente para cada grupo de población y así los participantes mayores y con estudios obligatorios son los que más referencias hacen a estos programas, especialmente a los emitido en las mañanas como “Saber Vivir”. Los jóvenes también hacen referencia a series televisivas médicas de ficción (“Dr. House”, “Urgencias”), y aunque alejadas generalmente de la realidad del sistema sanitario español, a falta de otra información se utilizan como patrón de referencia que genera expectativas. Esta influencia explicaría algunos conflictos de relación con los pacientes, por la diferencia entre las expectativas de los usuarios y la realidad de los servicios existentes. Sin embargo, en otras ocasiones su capacidad para difundir información preventiva poco conocida y para acercar la realidad de enfermedades graves como el cáncer con una visión de superación y solidaridad ha excedido incluso las expectativas de los promotores, por ello es preciso un asesoramiento adecuado que permita una utilización responsable de este medio de información. La Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos ha elaborado un informe que analiza el impacto en la imagen de los médicos causada por los seriales médicos de ficción, y han compartido sus conclusiones con los medios y la población en general para evitar que se creen falsas expectativas y encarecer la asistencia sanitaria, modificando hábitos en la detección de problemas sanitarios⁴⁵⁹⁻⁴⁶³.

Los medios informativos compiten con el médico en la labor de información influyendo en el cambio de la relación del médico con el paciente.

En esta investigación un participante verbalizó que “la televisión ha sustituido al médico de AP en la función de información” y el silencio del resto de los participantes asentía la afirmación. Este resultado aunque podría parecer anecdótico señala éste cambio de patrón que además el participante justifica y explica por el distanciamiento y la falta de tiempo del médico para hablar con sus pacientes. Conocer esta realidad en nuestro medio debería influir en la mejora de la organización de la atención para preservar la accesibilidad y el tiempo necesario para la comunicación con el paciente, con el fin de evitar el peligro potencial que representa dejar de ser el referente informativo para los pacientes, y no poder discutir sobre la objetividad y la veracidad de las informaciones que reciben. Aunque ya se conocía la influencia que los medios de información tienen sobre la relación médico paciente⁴⁶⁴ estudios más recientes confirman este cambio en el papel del médico como informador predominante, dejando paso a otras fuentes informativas que por su accesibilidad van ganando terreno aunque todavía el consejo médico sigue siendo la referencia de confianza⁴⁶⁵.

Teléfono.

El teléfono es otro medio de información y comunicación cuya utilización ha crecido de forma exponencial con su desarrollo tecnológico. Su utilidad se contempla desde varios ángulos: la información general, la asistencia y gestión del tiempo de consulta, la atención clínica telefónica y el seguimiento de procesos crónicos o altas hospitalarias.

Con la generalización actual del uso del teléfono, es comprensible que se solicite un servicio de información telefónica sobre contenidos sanitarios de forma permanente, completa, actualizada y accesible las 24 horas del día con la intención de optimizar la utilización del sistema sanitario, reducir los costes y aumentar la satisfacción. Contactar con un sanitario que resuelva las dudas tanto acerca de información clínica como de la utilización o disponibilidad de recursos sociosanitarios, ya se ha puesto en marcha en la sanidad privada con la iniciativa “Sanitas responde” y hay estudios que muestran cómo al 94% de los encuestados les gustaría que existiese ese recurso en el sistema público⁴⁴⁴, que ya esta disponible en algunas CCAA (Tabla 5).

Los resultados del estudio de Leong 2006 mostraron la eficiencia de la utilización del teléfono como recordatorio de citas concertadas previamente, mediante llamadas o sms realizadas entre 24 y 48 horas antes, evitando de esta manera, olvidos y faltas de asistencia a la consulta⁴⁴⁷. Los resultados señalan además que los sms son más coste efectivos. Esta práctica se realiza ya en bastantes consultas privadas en nuestro medio, por ejemplo de dentistas, y su demanda por los participantes en los grupos de discusión resulta comprensible. Se propone la utilización de este método para recordar especialmente las citas que han sido concertadas con gran antelación, y también para informar sobre los retrasos estimados en la hora de atención en la consulta.

La utilización del teléfono también se propone para estimular la participación en actividades preventivas, el seguimiento de enfermedades crónicas, y de forma especial como medio de intervención y seguimiento tras un ingreso hospitalario, actividad que se ha mostrado coste efectiva, mejora la calidad de vida del paciente, el manejo adecuado de los incidentes, la evolución de la enfermedad y disminuyendo los costes al evitar algunos reingresos hospitalarios⁴⁶⁶⁻⁴⁶⁸.

Sin embargo para realizar una atención telefónica adecuada es preciso adquirir las habilidades necesarias, disponer de suficientes medios técnicos y garantizar las condiciones de seguridad. En nuestro entorno existe la experiencia positiva de una consulta de triaje telefónico en pediatría que ha conseguido reducir la presión asistencial de la atención en urgencias hospitalarias^{414,469,470}.

El vertiginoso avance en la utilización y el desarrollo de las aplicaciones para terminales móviles en el campo de la salud durante los últimos años, indica que en un futuro cercano se podrán prescribir a los pacientes aplicaciones para dispositivos móviles, como ayuda para el cuidado de su salud o de sus procesos patológicos^{471,472}. En la Unidad de investigación de la Alamedilla en esta área de salud se trabaja ya en una aplicación en este sentido.

Internet.

Sin duda, el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación, como internet, han influido de manera decisiva en la relación médico paciente. La principal revolución es el cambio en el acceso a la información sanitaria que actualmente está disponible para todos de manera instantánea, anónima y casi ilimitada⁴⁷³. Esta facilidad hace que las búsquedas de información sobre salud sean las consultas que con más frecuencia se realizan en internet y con una tendencia creciente⁴⁶⁵. En la presente investigación las referencias a internet, emergen especialmente entre los participantes jóvenes, de edad media y con estudios superiores, concordando con el perfil de usuario habitual descrito en la bibliografía para este medio⁴⁷⁴. Estos grupos reflexionan sobre el gran potencial y los riesgos que entraña el acceso indiscriminado a la información y confirman la tendencia descrita de la utilización de la red tanto antes como después de acudir a la consulta médica^{155,156,375,474-476}. La búsqueda con carácter previo a la consulta se justifica por su accesibilidad, tanto para obtener información sobre recursos sanitarios como información clínica ante un síntoma o un signo. Este proceder está favorecido por el anonimato y la inmediatez en la obtención de la respuesta tan valorada por los jóvenes. Una vez realizada la consulta, la búsqueda pretende obtener información complementaria para ampliar los conocimientos, resolver las dudas y contrastar la información facilitada en el acto médico⁴⁷⁶. En este sentido también se utiliza internet para gestionar la solicitud de una segunda opinión médica, a través de empresas que facilitan este servicio y cuyos resultados cambian el diagnóstico previo en el 7% de los casos⁴⁷⁷.

Ante el asombro de los demás, uno de los pacientes manifestó hacer la consulta de información de sus patologías crónicas en la red guiado por las indicaciones de su médico en páginas de calidad contrastada. Se intuye que esta práctica, pionera en nuestro área de salud, probablemente marca el camino a seguir en el futuro, convirtiéndose el médico en el guía del paciente para la búsqueda de información en internet, “prescribiendo enlaces” a los pacientes para un mejor “tratamiento informativo”, e indicándoles, como se hace ya con los estudiantes, las fuentes en las que deben aprender, y no

dictando los conceptos de deben adquirir, para el adecuado mantenimiento de su salud o el cuidado de su enfermedad^{156,478-480}. Así se ha descrito que el 62% de los pacientes quieren que su médico les recomiende páginas webs relacionadas con la salud⁴⁸⁰ y que el 27% de los médicos ya lo hace¹⁵³. En este sentido se ha descrito que la prescripción de enlaces de internet a los padres en una consulta de pediatría, mejora la información que tienen sobre la salud en general y también sobre la salud infantil. Además se constata que favorece la difusión de la información sanitaria, al mostrar la intención de seguir utilizando los enlaces en el futuro y recomendarlos a familiares y amigos⁴⁸¹.

La relación de los médicos con usuarios que buscan información en internet precisa que aquellos posean conocimientos, habilidades y disponibilidad de dichas tecnologías en la consulta, para que puedan orientar al paciente en su uso, favoreciendo una comunicación centrada en el usuario con garantías^{167,263,482-488}. Un ejemplo de la utilidad de la red, ha sido descrito por Christensen que muestra como el aprendizaje de terapia cognitivo conductual por internet en pacientes con depresión, consigue disminuir sus síntomas⁴⁸⁹. También se ha reportado su utilidad para disminuir el tiempo de trámites, aumentar la eficiencia, el acceso, la calidad y ahorrar costes⁴⁸⁷. Como barreras se describen el coste de su implantación, la necesidad de compatibilidad entre los sistemas así como la preocupación sobre la responsabilidad y la privacidad de los datos⁴⁹⁰.

Estas tecnologías también han cambiado la relación entre los pacientes y los familiares de pacientes⁴⁹¹. En el desarrollo de los grupos de discusión de esta investigación, una paciente joven de estudios obligatorios expresó que buscaba en internet después de haber realizado una consulta para conocer las experiencias de otros pacientes con la misma enfermedad. Se comprende fácilmente la necesidad de hablar con otros pacientes ante el diagnóstico de una enfermedad con el fin de obtener información directa de un igual (de sus síntomas, su evolución, los efectos de los tratamientos, etc.), consultar con libertad sus dudas, informarse acerca de los trámites, los servicios o de las prestaciones que ofrece el Servicio de Salud. Este tipo de actividades, centradas hasta ahora a las asociaciones de enfermos, con la difusión de internet está trasladándose también al escenario virtual. Así, los foros de

pacientes cumplen una parte de estos cometidos y las asociaciones comienzan también a tener presencia en la red^{490,492,493}.

Resulta alentador que, al menos por ahora, todavía los estudios indican que es mayor la credibilidad, fiabilidad y confianza que se otorga a la información obtenida en el centro sanitario que a la adquirida en la red⁴⁶⁵, entre otros motivos, debido a las dificultades que tienen para reconocer las páginas de calidad^{187,263,451,494}. para dar respuesta a esta problemática, se ha desarrollado un movimiento internacional para acreditar la fiabilidad de los contenidos de las páginas y se han elaborado manuales con indicaciones para comprobar las garantías de los mismos⁴⁹⁵⁻⁴⁹⁷. Ante este escenario es importante anclar esa confianza en los profesionales, adaptando las herramientas informativas que ofrecemos a las necesidades de los usuarios, es decir guiando al paciente en su búsqueda de información en internet. Esta oportunidad de difusión informativa ya ha sido detectada por algunas publicaciones médicas internacionales, la industria farmacéutica y otras plataformas sanitarias que han visto la oportunidad de desarrollar y editar secciones on-line específicas de información para pacientes. No obstante, en el extremo contrario, todavía quedan otros pacientes que evitan informarse a través de estos medios electrónicos debido al malestar y el sufrimiento que les causa encontrar información que, por falta de conocimientos, se interpreta de forma incorrecta o exagerada^{498,499}.

Otros.

Los resultados de esta investigación aportan otras propuestas de mejora novedosas utilizando las nuevas tecnologías para ampliar la información ofrecida desde el sistema sanitario como las visitas virtuales a los CS, la tarjeta sanitaria inteligente o las pantallas audiovisuales informativas en salas de espera.

Es destacable la propuesta de disponer de una visita virtual al centro de salud en internet, como las que se han desarrollado en otros ámbitos, que permitiera conocerlo antes de acudir a consulta. A través de la visita virtual se podría facilitar información completa de los profesionales y de los servicios disponibles de una forma útil y cercana. Durante el desarrollo de esta

investigación se ha ido avanzando en este sentido y, en nuestro área, un centro de salud dispone ya de página web⁵⁰⁰, aunque sus contenidos no estén detallados hasta los términos que demandan estos usuarios. Este tipo de iniciativas permite, con una inversión moderada, dar respuesta a las demandas de los usuarios, mantener actualizada la información que se vaya generando y ampliar el ámbito de difusión.

Un anhelo de usuarios y profesionales es incorporar el desarrollo tecnológico necesario a la tarjeta sanitaria individual inteligente de manera que a través de ella se acceda a información sobre la historia clínica, tratamientos, etc., del titular. Esta solicitud, expresada también en esta investigación, se encuentra con la dificultad real de la falta de armonía en el desarrollo y compatibilidad de los sistemas informáticos de las diferentes CCAA, a pesar de que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tiene como objetivo el promover la compatibilidad entre los diferentes sistemas informáticos que permita el acceso a los datos del paciente, independientemente de la ubicación física en la que se encuentre. Lentamente se producen algunos avances en este sentido como la instauración de la receta electrónica en algunas autonomías^{501,502}. En nuestra opinión este objetivo es prioritario y razonablemente posible al existir el desarrollo tecnológico necesario para alcanzarlo, si bien falta aunar la voluntad de conseguirlo por encima de particularidades concretas.

Por último, parece útil en esta época presidida por la tecnología audiovisual, la propuesta de dotar de pantallas informativas las salas de espera, que ya se han implantado, con buena aceptación en el ámbito hospitalario y en un CS de esta área. Con este recurso es posible rentabilizar los tiempos de esperas en el centro sanitario aumentando los conocimientos sobre salud, enfermedad y servicios sanitarios de un número importante de usuarios y con contenidos previamente acordados. Estas actuaciones mejoran los conocimientos de los pacientes sobre su propia enfermedad y favorece su aplicación mediante el autocuidado⁵⁰³.

6.3.3 Información directa.

La comunicación de la información sanitaria de forma directa entre personas, bien sea de forma individual o en grupo, ha sido el medio utilizado tradicionalmente en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, manteniendo plenamente su vigencia y reconocimiento.

Para los profesionales de los CS supone un esfuerzo añadido desarrollar reuniones y charlas ya que requieren un trabajo previo para su preparación y en ocasiones deben realizarse fuera de su horario laboral. Sin embargo la valoración que los participantes realizan es muy positiva, demandando además el aumento de los contenidos ofertados (enfermedades, oferta de servicios), y la ampliación de la población a la que van dirigidos (enfermos, cuidadores, usuarios, etc.). No obstante reconocen la escasa asistencia a estas reuniones, y destacan la importancia de aumentar la difusión de las actividades ofertadas. Esta exigua participación de los usuarios puede ser uno de los motivos por los que los sanitarios de AP se implican escasamente en el desarrollo de estas actividades, considerando la faceta de atención a la comunidad un aspecto secundario en el desarrollo de la tarea asistencial. Sin embargo es conocida su eficacia para aumentar los conocimientos, mejorar el uso de los servicios, la planificación de los cuidados y el aumento de la satisfacción entre los cuidadores y los pacientes^{401,504}. En la cartera de servicios de AP se ofrece la educación en grupos a embarazadas, diabéticos y a cuidadores, aunque en la práctica también se suelen desarrollar otros contenidos como actividades preventivas y educación sexual para adolescentes. En el informe de actividades de la Gerencia Regional de Salud se indica que en 2010 participaron 3044 personas en grupos de educación para cuidadores⁴³¹. En Salamanca se ha desarrollado una intervención grupal dirigida a cuidadores que ha deparado una mejora de su calidad de vida^{505,506}.

La fuente fundamental para obtener la información de manera directa es a través de la comunicación entre el sanitario y el usuario durante la consulta, no obstante también se obtiene en otros ámbitos especialmente preguntando a familiares, amigos y conocidos, a las propias asociaciones, y en menor medida a través de la farmacia, los educadores y los trabajadores sociales^{263,508,509}. Estos resultados avalan la importancia de mantener la relación tradicional, si

bien debe ser adaptada a las circunstancias de la sociedad de cada momento, y en la actualidad incorporar las nuevas herramientas que permiten el desarrollo tecnológico.

Los usuarios manifiestan que la información relativa a la salud la obtienen fundamentalmente a través de su médico. Los profesionales de enfermería son ampliamente valorados y reconocidos por los pacientes de edad media y mayores debido a su cercanía y mayor disponibilidad de tiempo, lo que favorece el acto informativo; sin embargo su labor trasciende en menor medida a los participantes más jóvenes^{509,510}. Estas diferencias reflejan con fidelidad la realidad social en el uso del sistema sanitario, de manera que los jóvenes acuden poco al centro de salud y cuando demandan una cita suele ser para consulta con el médico. Por el contrario con la edad aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas que precisan mayor contacto con el sistema sanitario tanto con las consultas de medicina como con las de enfermería, sin embargo la menor presión asistencial de estas últimas puede determinar una percepción de mayor disponibilidad de tiempo y una mejor función de información sanitaria por parte de los profesionales de enfermería. Estos resultados deberían inducir a la reflexión y el abordaje intensivo del papel del colectivo de enfermería en la educación para la salud y las actividades preventivas en la atención a los adolescentes y jóvenes que precisa un cambio cualitativo en la práctica diaria en la forma y el medio de hacerles llegar esta información.

Por otra parte, los grupos participantes proponen que, para aumentar la eficacia de la información personalizada, se refuerce la información que se facilita verbalmente con información escrita, especialmente cuando se informa sobre diagnósticos y tratamientos. Esta demanda es comprensible si se tiene en cuenta las dificultades que expresan los participantes para retener la información cuando acuden al centro sanitario. La información escrita favorece la seguridad en el manejo de tratamientos al poder repasar las indicaciones y permite tener un mayor conocimiento de sus procesos y su manejo. En este sentido en los estudios dirigidos a conocer cómo influyen las expectativas de los pacientes en relación con la atención recibida, se ha observado que los pacientes otorgan la máxima importancia al diagnóstico y al pronóstico. Cuando

se cumplen estas expectativas, no solamente se ha encontrado un aumento de la satisfacción, sino que se produce una mejoría de los síntomas en dos semanas^{511,512}. Los profesionales perciben que informan adecuadamente a los pacientes, si bien esta apreciación es de difícil demostración debido a que el registro de esta actividad en la historia clínica es excepcional, como se comprobó en el estudio de Baena 1999 en el que se preguntó a los pacientes atendidos si recordaban haber recibido consejo sobre hábitos saludables y un 64% de ellos respondió que sí, sin embargo al contrastar estos datos con el registro de esa actividad en la historia clínica la misma fue menor. Es destacable que los pacientes jóvenes que consultan poco son los que menos consejos recibieron⁵¹³ lo que contrasta con su interés por conocer las actuaciones sanitarias y los hábitos saludables⁵¹⁴. La reflexión pendiente es si estamos utilizando los medios adecuados para llegar a este colectivo familiarizado a utilizar las nuevas tecnologías de la comunicación.

Como es natural el ámbito personal es otra fuente de información sanitaria, de esta manera las experiencias o acontecimientos de los familiares o amigos en relación con la salud o el sistema sanitario son referencias comúnmente utilizadas por los usuarios. En esta investigación las mujeres jóvenes con estudios superiores reconocen que su principal fuente de información sanitaria directa es la familia, concretamente la madre. Este hecho se justifica, como ya hemos explicado, en el papel prioritario que desempeña todavía la mujer en la relación con el sistema sanitario que le hace poseedora de los conocimientos necesarios para saber cómo actuar o dónde dirigirse para solicitar información. Este colectivo reconoce también la labor de las oficinas de farmacia en las que consultan síntomas o solicitan orientación sobre el uso de servicios y fármacos, sin que ello dificulte la relación médico paciente⁵¹⁵, al contrario se debe fomentar la colaboración entre los CS y las oficinas de farmacia para facilitar una información concordante que mejore la seguridad del paciente en materia de prescripción y adherencia al tratamiento farmacológico.

La información solicitada en las asociaciones abarca contenidos diferentes, de índole más social, no siempre contemplados en el sistema sanitario. Sus contenidos novedosos incluyen la necesidad de ser escuchado, de compartir sus miedos y temores ante una situación desconocida para ellos,

conocer de primera mano experiencias similares, y la necesidad de acompañamiento ante trámites o gestiones. Actualmente estas funciones se desarrollan también en el escenario virtual. Destaca cómo emergen en este ámbito las dificultades de algunos pacientes para solicitar información a los sanitarios, lo que puede ocurrir hasta en el 25% de los encuentros³⁹⁷. Para intentar resolver este problema se han editado manuales que ayudan a los pacientes a preparar la consulta médica, con recomendaciones a tener en cuenta antes de acudir, durante y al finalizar la consulta^{110,111}.

En definitiva, se puede concluir que los participantes solicitan una información personalizada a las características de los pacientes tanto en su contenido como en lo que se refiere a los lugares y medios o canales de distribución.

6.4. Diferencias por intencionalidad, procedencia, sexo, edad y nivel de estudios.

Los resultados de este estudio revelan que la intencionalidad de los mensajes varía en función del contenido analizado. En el discurso predominan las barreras que son percibidas como problemas cuya intervención debe ser prioritaria, lo que en cierta medida llama la atención ya que una de las características principales de la AP es la accesibilidad, tanto a la atención en sí misma como en lo que se refiere a la relación con los profesionales cuya ausencia se señala como barrera. La mayoría de las propuestas de mejora relacionadas con medios de información reflejan la confianza de los participantes en el papel protagonista del desarrollo tecnológico en la solución de las deficiencias percibidas, por lo que en la selección de las posibles intervenciones de mejora se debe ser cauteloso y valorar especialmente la pertinencia y factibilidad.

El carácter reivindicativo es la diferencia más marcada en el discurso de las asociaciones con el resto de los grupos, lo que podría justificarse en base a su origen como defensoras de los derechos del paciente^{54,55,138}. Su interés por participar en el sistema sanitario se observa en las numerosas propuestas de mejora que realizan, abarcando todos los contenidos. Se intuye cierta

desconfianza en el funcionamiento del sistema al reclamar que se garantice la equidad en el acceso a los recursos, personalizando sus peticiones a su área de interés y a su experiencia. Estos grupos insisten en la importancia de disponer de información escrita y directa, cuyo contenido sea eminentemente práctico y adaptado al contexto real en el que se desarrolla la atención en el área. Su experiencia con enfermos en un ámbito ajeno al sistema sanitario aporta una percepción diferente de las dificultades de información, al verbalizar aquellas que son motivadas por sus problemas de comunicación con los sanitarios, y cómo la relación, el acompañamiento y el hecho de compartir vivencias con otros pacientes les genera un importante beneficio, por lo que proponen una mayor difusión de sus asociaciones y la recomendación de que los sanitarios faciliten el contacto de los pacientes con las asociaciones desde los propios centros de salud.

Nadie discute que hay diferencias de género tanto en la propia salud como en la relación que establecen las personas con el sistema sanitario, motivadas por factores biológicos evidentes, como el hecho reproductivo, y por factores sociales y culturales, fundamentalmente^{516,517}. En nuestro entorno todavía es la mujer la que tiene una mayor relación con el sistema sanitario y una mayor presencia en las consultas. Las mujeres asumen mayoritariamente, además de su autocuidado, la función social del cuidado y las relaciones de la familia con el sistema sanitario⁵¹⁸⁻⁵²⁵. Se conoce que la morbilidad es mayor en las mujeres, independientemente de su edad, cultura y nivel socioeconómico⁵²⁶ y que su percepción de salud es peor²⁸¹, ambos factores propician mayor utilización de los servicios tanto preventivos como asistenciales propiamente dichos, y también de consumo de fármacos^{517,527}. Estas tendencias se incrementan con la edad, con la reducción de los ingresos familiares y el menor nivel educativo⁵²⁵. Las diferencias de género en el cuidado familiar que están favorecidas por diferencias socioeconómicas y culturales⁵²⁴⁻⁵²⁹, influyen en su salud^{520,530,531}, su relación^{532,533}, y en su participación y carácter reivindicativo con el sistema sanitario²⁶³. Las mujeres en esta investigación centran su preocupación en cuestiones prácticas que agilicen la relación con los servicios sanitarios (accesibilidad y coordinación) y los resultados de la propia atención (aspectos preventivos y cuidados), poniendo un especial interés en cuestiones

concretas de la información directa cara a cara, como el trato, la forma y el contenido de la información. Además les gustaría que estuviera complementada con información escrita. Interpretamos que su contacto frecuente con el sistema les da la experiencia necesaria para realizar propuestas concretas. El perfil de necesidades de información de los hombres podría interpretarse como una primera aproximación en el contacto con el sistema sanitario. En este sentido solicitan que la información se traslade desde el sistema a los lugares de reunión de la población y se ofrezca a través de los medios de comunicación, ya que esto facilita el acceso a la información a los poco frequentadores. Su interés por la detección precoz de enfermedades, los trámites y su especial sensibilidad en cuestiones relacionadas con las condiciones en las que se desarrolla la información (el tiempo, el ambiente y la tecnología), podrían señalar un posicionamiento teórico, previo a la atención a una enfermedad concreta y el contacto con el sistema que lleva implícito. Aunque el análisis de género se promueve desde el Plan de Calidad para el SNS 2006-2010⁹² y orienta algunas investigaciones, el conocimiento del hecho diferencial del género es escaso y los resultados de las investigaciones todavía no son concluyentes. Así una revisión sistemática de satisfacción hospitalaria del National Health Service en 2002 no encuentra diferencias según el género⁵³⁴. De igual manera, en España tampoco se ha observado diferencias significativas entre hombres y mujeres en la información recibida, respecto a la información facilitada a familiares, el lugar y horario de información, el informe de alta, el trato y los servicios de hostelería^{199,200,277}. Sin embargo Robles García observa diferencias de forma que las mujeres expresan un mayor optimismo estando 2,5 veces más supersatisfechas que los varones³¹¹, y al contrario Carminal 2002 detecta que la mujer joven es la que mayor insatisfacción expresa⁵³⁵. Posiblemente los variados enfoques y componentes de la escala para medir la satisfacción estén en el origen de estas discordancias. En nuestro estudio las pequeñas diferencias de género en el perfil de las intervenciones por sexo, interpretamos que se podrían relacionar con la distribución del papel social por sexo en la población investigada y en la diversa importancia otorgada a cada contenido. Si bien estas interpretaciones no pueden generalizarse, sí podría considerarse su abordaje en la mejora en la

comunicación incorporando un especial cuidado a las mismas en función de las variables del usuario atendido.

La variable edad determina un perfil diferenciado en el discurso de las necesidades, los motivos de consulta y el tipo de relación que se establece con el sistema sanitario, considerándose un modulador de la necesidad de atención^{517,536}.

Los jóvenes, en general, tienen una buena percepción de salud y están influidos por un pensamiento mágico que justifica que infravaloren el riesgo de enfermar, de ahí su escaso interés por las actividades preventivas y los hábitos de vida saludable⁵³⁷⁻⁵⁴⁰, y consideran a la enfermedad como un trastorno puntual, transitorio y de fácil resolución. En este contexto se comprende que utilicen poco el sistema⁵¹⁷ y cuando lo hacen esperan la inmediatez que obtienen en otros ámbitos de la vida. Para ellos la cita previa es una barrera importante que resuelven en ocasiones utilizando los servicios de urgencias^{527,540}. Tienen prisa para resolver los problemas de salud y demandan información detallada sobre accesibilidad, tiempos y listas de espera, planteándose, si no se cumplen sus expectativas, optar por otro sistema sanitario. Otra barrera señalada es la forma y el contenido de la información, solicitan un lenguaje adecuado y comprensible que interpretamos que puede relacionarse con su escasa frecuentación y alfabetización en salud⁵¹⁷. Con la intención de combatir estas realidades se ha promovido una atención diferenciada a este grupo de población con la creación de una consulta del adolescente y consulta en centros escolares, que han deparado buenos resultados pero que tienen escasa implantación. Estas consultas tratan de dar respuesta a las peculiaridades de este grupo de edad y se caracterizan por su disponibilidad, visibilidad, confidencialidad y coordinación^{538,539,541}. La independencia de los adolescentes en otros ámbitos de la vida, contrasta con el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario. Sus fuentes de información directa son los médicos. Llama la atención la escasa alusión a los profesionales de enfermería, colectivo que tiene un amplio campo de actuación en la alfabetización en salud de los jóvenes. La familia, especialmente la madre, y la farmacia son sus otras fuentes de información⁵⁴⁰. Sus múltiples propuestas de mejora son concordantes con su positiva actitud hacia las

innovaciones, el manejo de las nuevas tecnologías y la descentralización²⁷⁷. La solicitud para ampliar los canales de difusión del sistema sanitario de AP^{129,541} y trasladar la información fuera del CS es coincidente con otros estudios^{542,543}.

El contacto frecuente que las personas de edad media tienen con el sistema sanitario tanto para atender su salud como para el cuidado de sus familiares, niños o ancianos a su cargo, justifica su interés por contenidos variados sobre prevención, diagnóstico precoz, educación sanitaria o cuidados, y su propuesta, en tono reivindicativo, de realizar una intervención multidisciplinar que facilite una atención más efectiva. Conocen el funcionamiento del sistema y reclaman la implicación de otros colectivos, como enfermería, y de recursos sociales y educativos para alcanzar los objetivos. Muestran una línea continuista al señalar la importancia del trato adecuado en el acto informativo directo, y proponer aumentar las vías de comunicación para hacer más accesible la información sobre recursos sociales y prestaciones. Como este grupo de población es amplio, algunos autores describen diferencias en función de la edad, de forma que se percibe mayor optimismo, y una posición más favorable a la innovación y a la descentralización en los menores de 41 años que en los mayores de 47 años²⁷⁷. En relación a la percepción de la salud que muestran los participantes, los resultados de este estudio también están en consonancia con lo descrito en la bibliografía, de forma que tienen una mejor percepción los hombres, las personas que trabajan y que los que disfrutan de un mayor poder adquisitivo⁵²⁹.

Los pacientes mayores utilizan más⁵²⁷ y están más satisfechos con el sistema sanitario de AP⁵³⁴. Se consideran expertos en su funcionamiento y hacen múltiples propuestas de mejora. Su visión crítica, atribuye una parte de la responsabilidad de la mala utilización de los servicios sanitarios al cambio social, educativo y cultural de la población. Esta mayor preocupación de las personas mayores por la salud y por la falta de respeto social también se ha observado en gran Bretaña⁵⁴⁴. En nuestro entorno se ha encontrado asociación entre el envejecimiento y el empeoramiento de la percepción de salud²⁸¹ especialmente en las clases sociales más bajas y peores conductas de cuidado de la salud en mujeres mayores de clase alta^{517,545}.

Los participantes en los grupos demandan una atención con más tiempo y un ambiente más adecuado para su colectivo, justificándose en su mayor vulnerabilidad y fragilidad. Si bien a través de la experiencia asistencial se comprueba que en todos los rangos de edad hay personas que hacen un uso poco adecuado de los recursos del sistema y que también expresan unas necesidades específicas. Como se ha comentado la correcta atención de estas solicitudes implica, en cualquier caso, la disponibilidad de tiempo adecuado en la consulta. Son conscientes de la importancia de la historia clínica y su papel en la continuidad asistencial, por lo que reclaman su cuidado, conservación y uso multidisciplinar independientemente del formato utilizado. Aunque los médicos son el referente informativo general, los pacientes de edad media y mayores valoran y reconocen a los profesionales de enfermería por su cercanía y disponibilidad de tiempo, lo que favorece el acto informativo^{509,510}. Estas pequeñas diferencias reflejan con fidelidad la realidad social en el uso del sistema sanitario. Los jóvenes que acuden poco al CS, cuando contactan suele ser con el médico y cuando buscan información en su entorno inmediato, el referente suele ser la figura femenina familiar. El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en las edades medias y más avanzadas de la vida, hace que el contacto con los servicios sanitarios sea más frecuente y la preocupación por la accesibilidad y las listas de espera, mayor. Este incremento de la frecuentación y fundamentalmente los motivos de consulta también favorecen el contacto con los profesionales de enfermería, con mayor disponibilidad de tiempo. El tono reivindicativo se manifiesta para demandar información complementaria por escrito.

El análisis por nivel de estudios aporta pequeños matices en el perfil de las necesidades de información y en el estilo de la conversación. Los participantes con estudios obligatorios realizan un mayor número de intervenciones aunque su extensión es menor, mientras que el grupo con estudios superiores emite menos párrafos pero de mayor extensión, recorriendo en ellos más matices, lo que se traduce en un mayor número de categorías codificadas. Este dato sólo expresa la diferente forma de conversar de cada colectivo, sin influir en los resultados.

Los participantes con estudios obligatorios se muestran más reivindicativos en base a sus experiencias cuando acuden a consulta. Los factores señalados se refieren tanto a los aspectos estructurales de las consultas, como al trato de los profesionales o al contenido de la información. Uno de los problemas más importantes para este colectivo son las dificultades de accesibilidad, como las listas de espera, y la escasa coordinación existente entre las distintas instituciones a la hora de informar sobre los requisitos de acceso a las diferentes prestaciones y recursos. Estos resultados contrastan con el estudio de Lostao que describe la asociación entre la clase social baja y las personas que tienen menos estudios con un perfil que cuestiona menos el sistema sanitario y confía en que resolverán sus problemas, descargando su responsabilidad en los sanitarios⁵⁴⁶. También se comprueba que a igual grado de necesidad consultan más las personas sin estudios o con nivel socioeconómico bajo^{546,547} especialmente en AP y urgencias y además tienen una percepción de su estado de salud peor^{545,547}. Se ha descrito que cuando se controlan otras variables influye el bajo nivel de estudios, especialmente de la madre en la utilización de los servicios de AP⁵⁴⁸.

Las propuestas de mejora más innovadoras las aportan los grupos con estudios superiores, especialmente los jóvenes y de edad media, que plantean la utilización de las nuevas tecnologías para trasladar la información del sistema sanitario a la población, destacando entre ellas la visita virtual a los centros sanitarios. Hacen proyecciones de futuro en su elaborado discurso, planteando escenarios diferentes al actual, en los que sea posible la solicitud de información concreta y detallada de diferentes centros o profesionales y que les permita optar por uno u otro en función de sus intereses. Estos hallazgos concuerdan con los descritos por Lostao y López señalando que los usuarios con estudios superiores y mayor poder económico duplican en el número de consultas que realizan a la AE, especialmente a ginecología y a odontología^{517,546}. Estos resultados pueden explicarse tanto por la actitud de los sanitarios ante sus demandas de derivación a consultas de especialistas, como por su mayor capacidad de acceso al sistema sanitario al tener con más frecuencia doble cobertura sanitaria, lo que les permite utilizar servicios de especialistas públicos o privados según sus preferencias⁵²⁷. Este grupo

expresa un deseo de tener un mayor grado de control sobre su propia salud asumiendo su responsabilidad y participando más en las actividades preventivas, que los participantes con menor nivel de estudios⁵⁴⁶ y también se confirma que la percepción de salud mejora con el nivel de instrucción en el estudio Argentino⁵¹⁷. Un aspecto característico de este colectivo es la importancia que conceden al tiempo, tanto al suyo propio que invierten esperando para ser atendidos, como al tiempo real durante el cual se les atiende. En este sentido perciben que la organización de la asistencia sanitaria suele realizarse por y para los profesionales, sin tener en cuenta la importancia y el valor del tiempo de los usuarios. Este sentimiento puede que no esté alejado de la realidad, ya que entre algunos profesionales subyace la creencia de que ese, el tiempo, es el único coste que tiene que pagar el usuario. El estudio de González Lombida detecta demandas similares utilizando una metodología diferente⁵⁴⁹.

El conocimiento de las peculiaridades, la situación y las vivencias de cada uno de estos grupos de población, permitiría la incorporación de sus expectativas en el diseño, planificación y desarrollo de los servicios sanitarios y, de esta manera, anticiparse a sus requerimientos y necesidades cambiantes con el fin de superar las causas de insatisfacción o desigualdad.

6.5. Propuestas de mejora.

Las numerosas propuestas de mejora obtenidas en esta investigación se han descrito en los diferentes contenidos aunque, se recogen en este apartado a modo de inventario (Tabla 24).

Algunas tienen un carácter de continuidad o de consolidación de acciones que ya están implantadas, como es el envío de cartas personalizadas para actividades preventivas o el recordatorio de citas. No obstante en algunos casos, como este último, la propuesta es extenderlas a otros servicios. Otras iniciativas más innovadoras e imaginativas son las que se refieren a la aplicación del desarrollo tecnológico para la mejora de la accesibilidad al sistema sanitario tanto a la información como a los servicios (visita virtual al CS, prescripción de enlaces informativos en internet en páginas de seguridad y

calidad probadas, etc.) y a la gestión del tiempo y de los recursos. Durante el transcurso de la investigación se han implementado en el área diferentes proyectos que fueron sugeridos por los participantes, como son la elaboración de una guía escrita de información sobre servicios; la implantación de un sistema automatizado de solicitud de cita para la consulta; la instalación en algunos centros de salud de pantallas de video informativas; o la organización de la atención urgente durante el tiempo de consulta ordinaria.

Además de las clásicas propuestas de mejora respecto a la información sobre la enfermedad o el proceso por el que se consulta, destacan otras destinadas a disponer de información cualificada sobre los perfiles y características profesionales para ejercer de forma informada la elección de médico. Algunas más originales se refieren la conveniencia de auditar la comunicación médico paciente, la mejora de la gestión del tiempo, el desarrollo tecnológico aplicado a la tarjeta sanitaria, así como la preocupación que muestran con el riesgo de los errores en la medicación al proponer medidas como la isoapariencia de los fármacos genéricos. En todos estos ámbitos el sistema sanitario tiene una oportunidad de mejorar su planificación considerando las necesidades de todos los participantes.

Tabla 24. Inventario de algunas propuestas de mejora de la investigación.

- ✓ Accesibilidad administrativa: citación telefónica, internet, sms, recordatorios de citas, notificar retrasos en la consulta, evitar aglomeraciones en sala espera.
- ✓ Accesibilidad a consulta de AP: ampliar horarios, médico de urgencias en el CS, contacto telefónico resolutivo sanitario 24 horas.
- ✓ Información cualificada: identificación de profesionales y actividades en consulta, continuidad profesional, desburocratización de la atención, colaboración entre profesionales.
- ✓ Informatización de consultas compatible entre los servicios sanitarios y los organismos afines: tarjeta sanitaria inteligente, cuidado y conservación de historia clínica.
- ✓ Tiempo en consulta: aumentar el tiempo en general, asignarlo considerando las características del paciente.
- ✓ Información: cuidar el lenguaje no verbal, información actualizada, coordinada, integrada y completa, confirmar su comprensión, por escrito. Información a familiares. Información de asociaciones.
 - Control de calidad de los documentos entregados a pacientes: (uniformidad, actualidad, pertinencia y legibilidad). Guías o folletos sobre enfermedades y tratamientos farmacológicos. Isoaparencia de genéricos.
 - Información coordinada: entre niveles asistenciales, profesionales y medios de comunicación.
 - Calendario de actividades preventivas para adultos, avisos por carta personalizada. Informar de signos de alarma.
 - Guía práctica escrita de servicios sanitarios, trámites, gestiones y prestaciones, procedimiento y consecuencias de reclamaciones, mantenimiento de tarjeta sanitaria, atención a pacientes desplazados, listas de espera para pruebas y consultas.
- ✓ Auditar la comunicación con los pacientes.
- ✓ Prescripción de enlaces informativos en internet en páginas de seguridad y calidad probadas. Visita virtual al CS. Pantallas de tv informativas en salas de espera del CS.

Fuente: Elaboración propia.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

7. Limitaciones del estudio

7.1 Validez, veracidad y calidad

El rigor metodológico con el que se ha diseñado y desarrollado esta investigación pretende garantizar la validez de los resultados. Para ello, se han cuidado sus cuatro dimensiones: credibilidad-validez interna, transferibilidad-validez externa, dependencia-fiabilidad y confirmabilidad-objetividad⁵⁵⁰⁻⁵⁵².

La credibilidad de los resultados se acredita mediante la transparencia y el relato minucioso de todo el proceso investigador: la procedencia de los datos, las categorías de análisis y las decisiones de los investigadores hasta alcanzar la saturación de los contenidos⁵⁵³. Respecto al origen de los datos, en el estudio se detalla cómo se ha realizado la captación de los contactos, la organización y el desarrollo de los grupos de discusión, así como la grabación de las conversaciones en audio y video, las cuales se conservan a disposición de otros investigadores. La transcripción literal de las grabaciones fueron realizadas por un técnico externo, ajeno al grupo de trabajo, evitando así una posible interpretación subjetiva de los investigadores pudiera interferir en los resultados. El análisis personal y minucioso de los textos literales por varios investigadores llevó a la categorización y catalogación de los contenidos de cada grupo de discusión, cuyo mapa conceptual se muestra en los resultados.

El trabajo individual se continuaba con reuniones de grupo en las que se consensaron las intervenciones. De esta forma se triangularon los resultados evitando la subjetividad y garantizando la diversidad en las interpretaciones, la fiabilidad de los resultados, su consistencia y estabilidad a través del tiempo, más allá de la dependencia de la perspectiva del observador.

La transferibilidad es la posibilidad de aplicar sus conclusiones a situaciones con similares condiciones, y es muy diferente del concepto de extrapolación que por definición se excluye de los objetivos de la investigación cualitativa⁵⁵⁴⁻⁵⁵⁷. Para que el lector valore este criterio se han descrito las características del sistema sanitario y las circunstancias que rodearon el desarrollo de la investigación, es decir, los acontecimientos y factores externos, que al coincidir en el tiempo pudieron influir en los contenidos.

La confirmabilidad se expone al juicio del lector aportando, intercalados en los resultados, porciones de textos literales, con los que se puede valorar la adecuación entre la interpretación del contenido y el sentido del mensaje. La inclusión de la reflexión personal tiene como objetivo mostrar el posible sesgo del investigador, es decir en qué medida su inevitable aportación personal afecta a la interpretación de los resultados, en definitiva si el análisis realizado por investigadores procedentes de de otros campos o con una trayectoria diferente llegarían o no a similares interpretaciones^{553,557,558}.

Por todo lo expuesto, se considera que se han cumplido los criterios que garantizan la calidad de la investigación y que sustentan la validez de los resultados obtenidos.

Sin embargo, no se ha realizado la exposición de los resultados y las conclusiones a los participantes, como sería conveniente para estos pudieran confirmar definitivamente su validez, al reconocer en ellas sus aportaciones. Esta técnica no se ha realizado por las dificultades para su organización debido al tiempo transcurrido desde el trabajo de campo hasta la elaboración de las conclusiones. Aunque podría haberse utilizado la combinación de varios métodos cualitativos para avalar los resultados, creemos que su concordancia con la bibliografía y la saturación de los contenidos en los sucesivos grupos de discusión permiten acreditar la consistencia de dichos resultados.

7.2 Representatividad de los participantes.

El posible sesgo en la selección de los contactos por los informantes clave, es un aspecto difícil de controlar. No obstante, para intentar evitarlo se insistió a los informadores claves de los CS que el objetivo era obtener una información lo más variada posible por lo que los contactos debían representar a los diferentes perfiles de usuarios que eran atendidos en los CS, Era muy importante respetar los criterios de exclusión, y el plazo temporal de la captación, proponiendo que se ofreciera, cada día, la participación a las 5 primeras personas que acuden a consulta, con lo que se podría haber minimizado un posible sesgo. Tampoco se dispone de datos concretos sobre el grado de seguimiento de estas sugerencias. Aun así, nos consta que muchos usuarios declinaron colaborar aunque no disponemos de información que permita analizar sus motivos ni las posibles diferencias con los que sí se mostraron dispuestos a participar.

La selección de los participantes de entre los contactos podría ser origen de otro sesgo de selección. Para minimizarlo se concretaron los criterios para seleccionar a las personas a las que se les propondría telefónicamente su participación en los grupos. Estos criterios se basaron en el orden de registro en la base de datos de los contactos, según los grupos diseñados y alternando el centro, el sanitario y el sexo del participante cada vez que uno se comprometía a acudir. Con ello se buscaba la existencia de variabilidad intragrupo. Cuando declinaron participar los motivos alegados mayoritariamente fueron la incompatibilidad de horarios, o la existencia de compromisos personales o familiares inaplazables. No obstante algunos usuarios que habían comprometido su asistencia, finalmente no acudieron a las sesiones y un pequeño número avisó para informarnos acerca de imprevistos de última hora.

Los participantes reconocen que su buena relación con los sanitarios fue un aliciente para su colaboración altruista en el proyecto. Esta circunstancia podría haber determinado una valoración más positiva de los servicios sanitarios, pudiéndose reconocer en algunas intervenciones de pacientes cuando se muestran satisfechos con el sistema sanitario y con los sanitarios que les atienden. No obstante, aunque al inicio y al final de la sesión se

detectara esa tendencia, el desarrollo de la conversación en los grupos fue fluida, con un adecuado nivel de confianza, obteniéndose un discurso representativo del colectivo al que se representa, y que contiene mayoritariamente barreras y necesidades en la información. Todo ello induce a pensar que los contenidos emitidos no han sido determinados por la aceptabilidad social o por intereses particulares de los participantes en función de su relación con los sanitarios o la organización.

La población diana de esta investigación está representada adecuadamente ya que en la muestra de 83 personas había representantes de los diez CS urbanos de Salamanca. La diversidad de los participantes refleja las posibles diferencias respecto a las características sociodemográficas de cada zona y, además aglutina experiencias del funcionamiento de los diferentes CS.

La mayor frecuencia de participación de las mujeres en los grupos de discusión puede explicarse por varias causas. En primer lugar, en la población urbana de Salamanca, según datos de tarjeta sanitaria en 2011, las mujeres son mayoría (54,35%)⁵⁵⁹. En segundo lugar, en la atención clínica diaria se comprueba que la mujer asiste con más frecuencia a las consultas tanto en calidad de paciente, como ejerciendo el papel de cuidadora o de gestora de la relación de la familia con el sistema sanitario^{313,521,525,532,533}. Todo ello facilitó su contacto, captación y asistencia. Además entre los miembros de las asociaciones de ámbito sanitario con las que se contactó el número de mujeres también fue mayor.

Por grupos de edad, la participación fue similar a la prevista, con mayor número de personas del grupo de edad media, ya que el amplio rango de edad de este grupo, el volumen de población y el desarrollo de los grupos así lo aconsejaron. Los datos de tarjeta sanitaria de 2011 para la población urbana muestran la siguiente distribución de la población según la edad: <14 años el 10,64%; de 14 a 64 años el 68,4% y > de 65 años el 20,96%⁵⁵⁹. En nuestro estudio el grupo de población de 18 a 30 años que nosotros clasificamos como joven representa el 18% de los participantes y el grupo de edad media de 31 a 64 años, el 50%. En base a estos datos, se considera que la distribución de los grupos se ajusta a la de la población de referencia.

Por nivel de estudios la muestra también es representativa de forma global ya que se formaron grupos de los niveles de formación académica considerados para todos los grupos de edad. Los participantes con estudios superiores fueron mayoritarios, aunque en la población global son más numerosos los de estudios obligatorios.

7.3 Diferencias entre la muestra prevista y la obtenida.

La diferencia más llamativa entre la muestra prevista y la que finalmente se obtuvo se produjo entre las mujeres mayores con estudios superiores, cuyo número de participantes fue menor de lo planificado pudiendo representar una limitación en las aportaciones de este colectivo. También están menos representados los varones de los grupos de jóvenes y de asociaciones.

No obstante sólo los varones jóvenes con estudios obligatorios tuvieron una representación minoritaria, posiblemente reflejo de su escasa utilización del sistema sanitario. Para recabar más información en estos colectivos podría ser de utilidad la realización de entrevistas complementarias, método que permite adaptarse a la disponibilidad de los participantes, sin depender de la organización de una reunión de varias personas. No obstante se puede considerar que la escasa participación de estos jóvenes sin estudios no repercute de forma importante sobre los resultados obtenidos, debido a que se superaba el límite mínimo de participantes (cuatro) establecido para un grupo de discusión^{268,274,560}. Aun así, la saturación de los contenidos de la información alcanzada en los sucesivos discursos muestra cómo, a pesar de las peculiaridades que aparecen en cada colectivo, se repiten las mismas líneas de argumentación en las áreas de necesidades y barreras. Por ello, en caso de que existieran pequeñas diferencias en las aportaciones de estos colectivos su influencia en el resultado final posiblemente sería menor.

7.4 Colectivos no representados.

Los colectivos no incluidos en este estudio son las personas menores de 18 años, los usuarios con dificultades para la comunicación oral, los inmigrantes y personas de otras etnias.

No se planteó recoger información de jóvenes de 16 y 17 años por la dificultad para obtener la autorización para grabar la conversación. Aunque resultaría interesante conocer sus necesidades sobre las que hay escasa información, y más si se tiene en cuenta que la legislación los considera mayores de edad para recibir información y tomar decisiones sobre su salud, si demuestran su competencia. Su relación con el sistema sanitario se realiza fundamentalmente a través de la consulta del médico de familia, a la que acuden solos o acompañados por familiares o amigos de su edad y generalmente por problemas de salud banales y de puntual resolución. No obstante, es fácil intuir que los contenidos informativos, las barreras y los medios informativos adecuados sean similares a los encontrados en los grupos de jóvenes^{508,561}, y que una de las barreras más importantes para ellos sea la duda sobre la confidencialidad. En este sentido hay experiencias de consultas virtuales para jóvenes que han funcionado bien por su anonimato e inmediatez, cuyos contenidos fundamentales trataban de salud sexual, alimentación, etc.^{127,451,475,508,537}.

Los criterios de exclusión de la investigación dejaron fuera a los usuarios con limitaciones para la comunicación oral cuyas necesidades de información no han sido estudiadas. Resulta sencillo imaginar las innumerables barreras que perciben estos colectivos en su relación con el sistema sanitario y sería interesante investigarlas, con la metodología adecuada. Hay estudios que han proporcionado el desarrollo de mecanismos de adaptación que facilitan la comunicación de las personas sordas con el sistema sanitario utilizando luces de alarma en lugar de sonidos o información oral en lugar de escrita para las dificultades de la visión^{181,562,563}.

Los colectivos de inmigrantes económicos o culturales de diversas nacionalidades, son cada vez más numerosos en Salamanca. En el año 2011 la población extranjera con tarjeta sanitaria representaba el 3,8%. Su procedencia en orden de frecuencia era Marruecos (11,0%), Portugal (10,6%), Rumanía (9,4%), Bolivia (7,1%) y Colombia (7,1%)⁵⁵⁹. Sus actividades más frecuentes son académicas, comerciales y de servicios. Son clásicos los estudios que analizan la relación de los inmigrantes con el sistema sanitario que detectan las influencias culturales, las barreras y las necesidades, tanto

desde el punto de vista de los usuarios como de los profesionales^{175,178,331,564-567}. Sus resultados indican que la primera barrera es el idioma^{179,568-573} y que la pertenencia a colectivos socialmente integrados mejora la información y el acceso a la asistencia^{174,177,331}. Cuando se separan del análisis estas dos cuestiones las barreras encontradas se relacionan, como en la población general, más con su nivel de alfabetización sanitaria, sociocultural y económica que con su origen^{174,568,574}. Esto explica que la investigación de Rivera no encontrara diferencias en la utilización del servicio de urgencias pero sí en los tipos de consultas solicitadas, más relacionadas con sus características socio demográficas comunes que con su origen⁵⁷⁵.

Tampoco se han recogido las necesidades de otras etnias que conviven desde siempre en el área urbana de Salamanca con características culturales y de relación con los servicios sanitarios diferentes.

La información procedente de estos colectivos podría abordarse mediante entrevistas en profundidad a informantes clave de estos grupos, contactando con ellos a través de las asociaciones y los trabajadores sociales. El conocimiento de las necesidades de información de estos colectivos, cuya presencia en el sistema sanitario va en aumento, completarían las bases para diseñar establecer un plan de comunicación de los servicios de salud de AP de Salamanca con el usuario.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

8. Aplicabilidad de los resultados

Este estudio ha permitido conocer, de primera mano, la percepción de las necesidades, las expectativas, las barreras y las propuestas de mejora de un grupo representativo de usuarios, en relación con la información sanitaria ofrecida por el servicio de AP de Salamanca.

El barómetro sanitario de Castilla y León publica periódicamente los resultados de encuestas de población y de satisfacción tras la utilización de los servicios que se realizan telefónicamente. Su análisis indica que la satisfacción general con el Servicio Regional de Salud ha ido en aumento desde que se recaban los datos alcanzando en 2010 una puntuación de 6,95 sobre 10. La satisfacción con los servicios de AP también es elevada, y el 85,5% de los usuarios encuestados recomendaría la utilización de estos servicios²⁸⁰. La Gerencia de AP de Salamanca que ya posee datos concretos acerca de las necesidades de información de los usuarios procedente de un estudio basado en las opiniones de los profesionales y de las aportaciones de usuarios a través de las reclamaciones y sugerencias²¹⁴ puede utilizar los resultados de este estudio para realizar un análisis crítico de la oportunidad de su implementación en el diseño del plan de mejora de la comunicación de la Gerencia con los usuarios y establecer medidas concretas.

A pesar de la actual situación de crisis económica, algunas medidas ya se han llevado a cabo, como la elaboración de una guía de recursos de AP que ha sido bien acogida por los usuarios⁴⁴⁵. También se mantiene, como objetivo institucional, la oferta de formación continuada de los profesionales sobre comunicación. La información proporcionada por este estudio también podría ser de utilidad para las instituciones académicas, como substrato que apoye la justificación de incorporar los elementos sobre comunicación e información al usuario en los contenidos curriculares de las diferentes disciplinas o especialidades académicas⁵⁷⁶. A lo largo de la realización del estudio los participantes han realizado propuestas que se podrían implantar de forma sencilla y a un coste razonable, como son la identificación adecuada de los profesionales y de las consultas de los CS, la dotación a los CS de un directorio informativo en los que se mostrara los profesionales y servicios que oferta el centro, la elaboración de información escrita para los usuarios coordinada con otros dispositivos y recursos asistenciales, la conciliación de los tratamientos y los cuidados en las transiciones asistenciales, la información sobre listas de espera, los retrasos en consultas, etc.

Por otro lado, hemos podido conocer mejor las dificultades de algunos usuarios que no se atreven a preguntar y las negativas consecuencias que este comportamiento tiene sobre los resultados en salud. Comunicar y debatir con los profesionales estos resultados puede ayudar a detectar a estos usuarios y combatir dichas situaciones. Conocer las peculiaridades descritas en cada colectivo permite adecuar la información facilitada. Entre las responsabilidades de los profesionales sanitarios ocupa un lugar destacado la función de informar, por ello es necesario que adquieran conocimientos y desarrollen habilidades que les capacite para ejercer apropiadamente el proceso de información, facilitando los contenidos precisos y utilizando los medios más adecuados en cada caso.

Por último, las propuestas realizadas para aumentar la utilización de las TIC para informar acerca del sistema sanitario han confirmado su efectividad, facilitando el acceso a la información de salud y a la atención sanitaria⁵⁷⁷.

LÍNEAS FUTURAS DE ESTUDIO

9. Líneas futuras de estudio

Para tener una visión más completa de las necesidades de información, los medios y las barreras en nuestro ámbito se podrían diseñar futuras investigaciones, para los colectivos no incluidos en esta investigación, es decir los más jóvenes, las personas con dificultades en la comunicación, los inmigrantes y otras minorías étnicas.

Tomando como punto de partida estos resultados se podrían diseñar estudios cualitativos más ágiles que se repitieran periódicamente y de forma sistematizada, con la finalidad de complementar la información obtenida con otros métodos habituales, como las encuestas. Su finalidad sería monitorizar los cambios que se produzcan en la evolución temporal de las opiniones y preferencias de los usuarios y anticiparse en la medida de lo posible a su resolución, ante la vertiginosa evolución de los desarrollos tecnológicos y su influencia en las relaciones entre el sistema sanitario y los usuarios.

Así mismo estas mediciones periódicas permitirían valorar la efectividad de las intervenciones realizadas.

CONCLUSIONES

10. Conclusiones

1 Los usuarios hacen una valoración global positiva del Sistema Nacional de Salud y especialmente de los servicios de atención primaria. Tienen un sentimiento de propiedad del sistema sanitario, se sienten orgullosos del mismo y defienden su continuidad con los niveles de calidad actuales, apelando a un uso responsable de los recursos para garantizar su mantenimiento.

2 Consideran que la información que reciben no alcanza a cubrir todas sus expectativas. Los participantes demandan más información de carácter clínico con la finalidad de tomar decisiones más fundamentadas y ejercer su derecho de autonomía. Así mismo consideran que conocer los servicios, la organización y los recursos les ayuda a utilizarlos de una manera más adecuada. Todo ello traduce la tendencia al empoderamiento de los usuarios como parte del cambio social.

3 La principal necesidad de información sentida por los pacientes hace referencia al motivo de consulta por el que demandan asistencia. Aunque solicitan información sobre todo el proceso asistencial, su interés se centra especialmente en conocer el diagnóstico, el pronóstico y las opciones

terapéuticas, con la finalidad de involucrarse activamente en la toma de decisiones y en su cuidado.

Los diferentes grupos coinciden en que la información que se trasmite al paciente debe ser inteligible, adaptada al nivel de alfabetización en salud del paciente para que pueda ser comprendida por quien la recibe y además, debe estar actualizada y coordinada entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales. Cuando se facilita información sobre recursos o servicios complementarios, ésta debe incluir la oferta de toda la red asistencial, tanto pública como privada.

Otra área en la que también han mostrado interés son las actividades de promoción de la salud, destacando los hábitos de vida saludables, especialmente la nutrición, y las actividades preventivas del adulto, donde de forma específica requieren información sobre la periodicidad y las características de la población diana. Además, los pacientes desean que se divulguen los síntomas y signos de alarma que permitan la detección precoz de las enfermedades más frecuentes y graves.

4 A excepción de los jóvenes, los participantes tienen un conocimiento adecuado de la organización del centro de salud, los servicios ofertados y los profesionales que los prestan, de forma que, en general, reconocen las actividades que realiza cada uno. Muestran especial interés por la información acerca de la organización de la atención urgente en todas sus modalidades (atención primaria, hospitalaria y emergencia).

5 Respecto a la garantía de los derechos asistenciales, dos son los aspectos que centran su interés. Por una parte reclaman más información acerca de las listas de espera para las consultas y las pruebas diagnósticas, argumentando que dichos retrasos dificultan los diagnósticos, generan sufrimiento y empeoran su evolución, además de impedirles optar por otro sistema si así lo consideran necesario. Y por otra, demandan información cualificada y detallada para ejercer la libre elección de centro, de servicio y de profesional, incidiendo no sólo en aspectos relacionados con los resultados que

miden la calidad científico-técnica, sino también en su estilo de relación y comunicación con los pacientes.

6 Los participantes consideran que los medios tradicionales utilizados para obtener información (carteles, folletos...) y los medios masivos de comunicación (televisión, radio) siguen siendo adecuados. Sin embargo destaca sobre todos la información verbal o escrita que los profesionales proporcionan de forma directa al usuario cuando acuden a consulta, subrayando la satisfacción y seguridad que les proporciona obtener por escrito las prescripciones y recomendaciones. Además, les gustaría poder disponer en su domicilio de una guía de servicios en la que puedan consultar tanto, asuntos de gestoría y organización, como los servicios ofertados.

Excepto los grupos de mayor edad, se muestran muy interesados en las capacidades y potencial de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Piensan que la inmediatez y facilidad de acceso a información de calidad sobre salud y servicios producirán un cambio en las fuentes de información utilizadas y posiblemente en el escenario de la relación médico paciente.

Entre las aplicaciones tecnológicas que perciben más ventajosas, además de la utilización del correo electrónico y los sms para la gestión de citas, anhelan una historia clínica electrónica compatible entre los diferentes niveles asistenciales y Servicios de Salud autonómicos, que garantice su utilización independientemente del lugar de atención. No se cuestiona su seguridad, ni la confidencialidad de los datos.

Igualmente proponen la implantación de un servicio telefónico de 24 horas para la consulta de problemas clínicos, o de cualquier otro tipo de información.

7 La barrera que principalmente identifican los participantes en su relación con el sistema sanitario es la limitación de la accesibilidad, tanto en lo referido a la obtención de cita por vía telefónica, como a la existencia de listas de espera o a los retrasos en la entrada a la consulta. El escaso tiempo dedicado al paciente en la consulta se percibe como la barrera más importante para

obtener información, debido a que limita necesariamente la comunicación médico-paciente.

8 Entre las numerosas propuestas de mejora realizadas por los usuarios, destacan las siguientes:

- Posibilitar la gestión de citas para consulta tanto telefónicamente como a través de las nuevas tecnologías.

- Ampliar el horario de atención en los centros de salud.

- Implantar un servicio de atención telefónica de 24 horas.

- Editar una guía de servicios de atención primaria.

- Disponer de una tarjeta sanitaria compatible con los sistemas informáticos de los diferentes Servicios de Salud que permita el acceso a la historia clínica electrónica del usuario en cualquier centro sanitario.

- Incrementar la información sobre características de profesionales y equipos para que los usuarios puedan ejercer la libre elección de médico y servicio de forma fundamentada.

- Evaluar el proceso de comunicación médico paciente y de forma específica la calidad de la información proporcionada.

- Acercar la información sobre salud a los lugares habituales de reunión de la población (centros de trabajo, educación, ocio, asociaciones, etc).

- Prescribir páginas web de calidad dónde obtener información.

9 Las asociaciones mantienen una postura reivindicativa, reclamando en algún caso, el reconocimiento de su propia enfermedad. Destacan la importancia de su rol en el sistema sanitario como recurso complementario y demandan información de todos los recursos asistenciales disponibles, públicos y privados.

10 Las características del discurso varían en función del género, de esta manera a las mujeres les preocupa principalmente la accesibilidad, la coordinación de los profesionales y la obtención de información clara y específica, preferentemente por escrito que les permita asumir los cuidados del proceso. Su discurso traduce la asunción del rol de cuidador familiar.

Los hombres tienen un planteamiento más genérico y más alejado de la experiencia de la consulta, interesándose fundamentalmente por la detección precoz, las actividades preventivas o el entorno en el que se desarrolla la atención. Posiblemente debido a su menor contacto con el sistema y a un rol más pasivo en relación con la salud.

11 Los jóvenes acuden poco a la consulta y cuando lo hacen esperan una atención inmediata y de calidad, tanto en la resolución de su motivo de consulta como en el trato recibido. Los problemas de accesibilidad son para ellos una barrera incomprensible y, en lo relativo a la información y a la comunicación, confían en que el desarrollo tecnológico facilite la difusión informativa más allá de la estructura física de los centros sanitarios.

Los participantes de edad media conocen bien el sistema por su contacto frecuente para su cuidado y el de sus familiares. Esto explica su interés informativo por contenidos sanitarios variados (actividades preventivas, diagnóstico precoz, educación sanitaria, cuidados y tratamientos), por la organización de la atención a las urgencias y por las listas de espera. Además, destacan la necesidad de favorecer la comunicación en la consulta disponiendo para ello de tiempo suficiente y de un trato adecuado.

Los mayores se consideran expertos en los problemas y en las soluciones que necesita el sistema sanitario. Opinan que su colectivo es especialmente vulnerable y reivindican disponer de más tiempo para su consulta. Valoran la importancia de la atención continuada por los mismos profesionales y de la utilización de la historia clínica. Los profesionales de enfermería se perciben como un aliado que les facilita su atención. En su opinión es el médico de atención primaria quien debe regular la utilización del sistema sanitario en el marco de una relación médico paciente basada en el respeto mutuo.

12 El nivel de estudios también determina un perfil diferenciado. Así los participantes con nivel de estudios obligatorios son más reivindicativos acerca del trato y el contenido de la información recibida. Están más preocupados por las listas de espera, que en ocasiones resuelven consultando en urgencias, y por la escasa coordinación entre los servicios que les atienden. Reconocen dificultades económicas para seguir los hábitos nutricionales saludables que se les recomienda y la sobrecarga que les genera el cuidado de sus familiares.

Los participantes con estudios superiores expresan su interés por participar activamente en las decisiones sobre su salud. También se muestran preocupados por las listas de espera y demandan información sobre la demora existente para la realización de pruebas complementarias o atención por servicios hospitalarios, con la intención de valorar en qué medida se adaptan a sus expectativas o buscar otras opciones ajenas al sistema público. Este colectivo es el que realiza más propuestas de mejora relacionadas con las tecnologías de la información.

13 El método cualitativo se ha mostrado útil para conocer y describir las diferentes necesidades informativas en relación a la salud y a los servicios sanitarios, las expectativas de los usuarios en los contenidos de la información y los medios adecuados para transmitirla.

BIBLIOGRAFÍA

11. Bibliografía.

1 Santos A, Calva J. Identificación de las necesidades de información del usuario: un estudio. Madrid: Servicio de publicaciones U.C.M Documentación de las Ciencias de la Información; 1997: 20: 207-223.

2 Calva J. Una aproximación a lo que son las necesidades de información. [Internet] [Consultado el 7/07/2011]. Disponible en [http://formacionbiblioteca.udea.edu.co/moodle/file/75/Una aproximación a lo que son las necesidades de información.doc](http://formacionbiblioteca.udea.edu.co/moodle/file/75/Una%20aproximaci3n%20a%20lo%20que%20son%20las%20necesidades%20de%20informaci3n.doc).

3 Maslow A. El hombre autorrealizado: Hacia una psicología del ser. 9ª Ed. Barcelona: Ed. Kairós S A; 1991.

4 Núñez I. Las necesidades de información y formación: perspectivas socio-psicológica e informacional. [Internet]. [Consultado 7/7/2011]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12-5-04/aci04504.htm>.

5 Marín Milanés F. Repensando la figura del usuario de la información. Acimed. [Internet] 2006. [Consultado 07/07/2011]; 14 (5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_5_06/aci20506.htm.

6 Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición. [Internet]. [Consultado 07/07/2010]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>

7 Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; [Internet] 2010. [Consultado 03/01/2011]. Disponible en: www.msps.es

8 Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006; 38 (4): 234-7.

9 Jovell A. El paciente "impaciente". ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? El Médico. 2003; 25 (IV): 66-72.

10 Declaración Universal Derechos Humanos 1948. [Internet]. [Consultado 01/02/2012]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> Declaración Universal de Derechos de la ONU – 1948.

11 Constitución Española de 29 de diciembre de 1978, BOE nº 311; 29315-424 (29/12/1978).

12 Ley 14/1986 de 25 de Abril General de Sanidad, BOE nº 102; 15207-24 (25/04/1986).

13 EUR/ICP/HLE 121, 28 de junio de 1994. Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Traducción, Asociación Española Contra el Cáncer. 2004. [Internet]. [Consultado 01/01/2012]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadocumentos/Documents/Declaraciones>.

14 Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, Diario Oficial nº L 281; 31 – 50 (23/11/1995).

15 Recomendación 97/5, del Comité de Ministros del Consejo de Europa, de 13 de febrero de 1997, relativa a protección de datos médicos. [Internet]. [Consultado 01/02/2011]. Disponible en: <http://www.informatica-juridica.com/anexos/anexo81.asp>.

16 Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina) 4 de abril de 1997, BOE nº 251; 36825-30 (20/10/1999).

17 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE nº 298; 43088-99 (14/12/1999).

18 Ley 41/2002, de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE nº 274; 40126-32 (15/11/2002).

19 Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, BOE nº 313; 50383-419 (31/12/2001).

20 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE nº 128; 20567-88 (29/05/2003).

21 Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, BOCyL suplemento al nº 71; 6-12 (14/04/2003).

22 Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las Guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario, BOCyL nº 67; 5203-9 (8/04/2003).

23 ORDEN SBS/1325/2003, de 3 de septiembre, por la que se publican las cartas de derechos y deberes de las Guías de información al usuario, BOCyL nº 205; 13972-5 (22/10/2003).

24 Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, BOCyL nº 77; (27/04/1993) y BOE nº 124; (25/05/1993). Derogada por la Ley 8/2010, de 30 de agosto por la que se regula la Ordenación del Sistema Sanitario, BOCyL nº 173; (07/09/2010).

25 Mira J, Pérez V, Blaya I, García A, Tomás O, Rodríguez J. El derecho a una segunda opinión. Ventajas, barreras y recomendaciones para su ejercicio responsable. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21 (3): 120-8.

26 Foro español de pacientes. Conclusiones en Necesidades de información para el paciente. Congreso Español de pacientes; 20-21 octubre 2005; Barcelona, España. [Internet]. [Consultado 03/01/2011]. Disponible en: <http://www.fbioselaporte.org/dbcn/>

27 Montalvo F, Moreno J, Santamaría M. Incidencia de la Ley de autonomía del paciente en la gestión del riesgo sanitario. Nuevas perspectivas legales de la información y la historia. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20 (2): 100-9.

28 García Ortega C, Cózar V, Almenara J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 469-79.

29 Navarro B, Sánchez M, Andrés F, Juárez I, Cerdá R, Párraga I, et al. Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43 (01): 11-7.

30 Mis derechos y deberes como paciente de la Junta de Castilla y León. [Internet]. [Consultado 03/01/2011]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes>

31 Junta de Castilla y León. Mis derechos y deberes como paciente. Valladolid: Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. Consejería de Sanidad; 2008.

32 *Diariomedico.com*. El paciente informado del error es menos proclive a demandar. [Internet]. [Consultado 27/11/2009]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2009/11/26/area-profesional/normativa>.

33 Jiménez Villa J. El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto. *Aten Primaria*. 2009; 3 (11): 668-9.

34 Duclos C, Eichler M, Taylor L, Quintela J, Main D, Pace W, et al. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005; 17 (6): 479-86.

35 Palacio Lapuente F, Silvestre Busto C. Participación del paciente como estrategia de mejora de la calidad. *Aten Primaria*. 2006; 38 (8):461-4.

36 Sobrino López A. Evolución de la relación médico paciente en los últimos 100 años. *Revista clínica electrónica de Atención Primaria* [Revista en Internet]. 2003 (04). [Consultado 26/02/2011]. Disponible en: <http://www.fbjoselaporte.org/rceap/articulo.php>.

37 Girón M, Bebía B, Medina E, Simón M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 561-75.

38 Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira JJ, et al. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21 (4):199-206.

39 Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. Acta médica grupo Ángeles. 2003; 1 (1): 59-66.

40 Cayuela Domínguez A, Camacho Garrido JJ, Ras Luna X, Díaz Alfaro MC, Coronas E. La opinión de los usuarios a través de las reclamaciones. Rev San Hig Púb. 1991; 65: 215-221.

41 Gracia Guillén D. Fundamentos en bioética. Madrid: Triacastela; 2008.

42 Simón P, Barrio I. Un marco histórico para una nueva disciplina: La Bioética. Med Clín (Barc). 1995; 105: 583-97.

43 Ziebland S, Chapple A, Dumelow C, Evans J, Prinjha S, Rozmovits L. How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study. BMJ. 2004; 328: 564.

44 Gracia Guillén D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Med Clin (Barc). 1989; 93:100-2.

45 Gracia Guillén D. La relación clínica. En: Arias J, Aller MA, Fernández Miranda E, Arias JI, Lorente L. Propedéutica quirúrgica. Madrid: Ed Tebar. 2004: 17-21.

46 Garbin da Rocha BH, Pereira Neto AF; Guilam Rodrigues MC. Internet, el paciente experto y la práctica médica: Un análisis de la literatura. Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu. 2008; 12 (26): 579-88.

47 Cohen J. Teoría de las profesiones. La medicina como paradigma de profesión preeminente. Fundación Medicina y Humanidades. Monografía Humanitas [Internet] 2004. [Consultada 26/02/2011] (7). Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo1.pdf>.

48 Martín M, Ponte C, Sánchez M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006; 20 (Supl 1): 192-202.

49 Ogando B, García C. Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21 (3): 163-8.

50 Meneu R. Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20 (6): 337-42.

51 Bombi J. Cambio del papel del médico y de la medicina en el futuro. Rev Calidad asistencial. 2004; 19 (7): 454-9.

52 Jovell A, Navarro M. La voz de los pacientes ha de ser escuchada. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): 192-7.

53 Lorenzo S. Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): 186-91.

54 García A, Artells JJ. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. Gac Sanit. 2005; 19 (2): 120-6.

55 Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes. Decálogo de los pacientes. Barcelona 20 y 21 de mayo de 2003. Fundación Biblioteca Josep Laporte. [Internet]. [Consultado 07/01/2010]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070806132617.pdf>

56 Gaminde I. La participación de los pacientes. Rev Calidad Asistencial. 2008; 23 (3): 93-4.

57 Jovell A, Navarro M. El paciente existe, luego no lo ignores. FMC. 2006; 13 (2): 73-7.

58 Gracia Guillén D. Compromiso ético con el desarrollo profesional continuo. Jano. 2006; 1626 (extra): 20-5.

59 Gual A, Oriol A, Pardell H. El médico del futuro. Med Clin (Barc). 2010; 134 (8): 363-8.

60 Jiménez L, Ruiz R, Gavilán E, Hueso C, Cano D, Alba M. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupo focales. Aten Primaria. 2012; 44 (7): 379-86.

61 Jovell A. Atención-primaria@conocimiento.es: las bibliotecas virtuales. Atención Primaria Basada en la Evidencia. 2000; 7 (Supl.4): 4-5.

62 Mayer M, Leis A. Nuevas herramientas para profesionales en Internet. FMC. 2009; 16 (4): 196-203.

63 Boch J. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. Aten Primaria. 2012; 44 (7): 385-6.

64 Couceiro A. Decisión sobre el paciente y decisión del paciente. JANO. 2005; 1582: 84-6.

65 Millaruelo Trillo JM, Martín Moreno F. Toma de decisiones compartidas con el paciente. Revista clínica electrónica de Atención Primaria. [Internet] 2003. [Consultado 26/02/2011]; 17. Disponible en: <http://www.fbjoselaporte.org/rceap/articulo2.php>.

66 Aibar C. La percepción del riesgo: Del paciente informado al paciente consecuente. Fundación Medicina y Humanidades. Monografía Humanitas [Internet] 2004. [Consultado 19/08/2012]. 39 (1): 45-57. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.htm/.

67 Valverde C. ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. Aten Primaria. 2005; 36 (3): 159-61.

68 Abellán J, Sánchez F, Martínez J. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): 179-85.

69 Bell R, Kravitz R, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet expectations for care and the patient physician relationship. J Gen Intern Med. 2002; 17: 817-24.

70 Rao J, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. Arch Fam Med. 2000; 9: 1148-55.

71 Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Family Practice. 1995; 12 (2): 193-201.

72 Kravitz R, Cope D, Bhrary V, Leake B. Internal medicine patients' expectations for care during office visits. J Gen Intern Med. 1994; 9: 75-81.

73 Rosado L. La consideración del paciente como eje del sistema sanitario. Escuela Valenciana de Estudios de Salud. [Internet]. [Consultado 10/08/2012]. Disponible en:

http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=fd9097fe-2bb2-4eb3-bd4d-fb314490b103&groupId=10128.

74 Kravitz R. Measuring patients' expectations and requests. *Ann Intern Med.* 2001; 134: 881-88.

75 Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Jaramillo Martín I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2007; 22: 86-91.

76 Barrasa J, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial.* 2003, 18 (7): 580-90.

77 Santiña M, Ascaso C, Escaramis G, Asenjo M. Influencia del médico en la satisfacción del paciente: Estudio de 471 casos. *Med Clin (Barc.).* 2005; 124 (7): 274-6.

78 Serral G, Puigpinós R, Robles I, Pons M, Borrell C. Satisfacción y expectativas de las mujeres participantes y no participantes en el programa de detección precoz de cáncer de mama de Barcelona tras 10 años de funcionamiento. *Rev Esp Salud Pública.* 2010; 84: 717-29.

79 Gilreath L, Burns J. More dollars and more smiles. *Healthcare Financial Management.* 2004 (Sep); 58 (9): 86-90.

80 Castillo L, Dougnac A, Vicente I, Muñoz V, Rojas V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. *Rev Méd Chile.* 2007; 135: 696-701.

81 Mas X, Solé M, Licerán M, Riera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria.* 2006; 38 (4): 192-9.

82 Illana F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial.* 2003; 18 (5): 259-60.

83 Mira J. Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué... *Rev Calidad Asistencial.* 2003; 18 (7): 567-9.

84 Lavielle M, Cerón M, Tovar P, Bustamante J. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46 (2): 129-34.

85 Bolaños E, Sarría A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y la relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2003; 32 (4): 195-202.

86 González Mestre A. Paciente experto: "Fomentando la autorresponsabilidad y el autocuidado en el paciente crónico". *FMC.* 2013; 20 (1): 1-3.

87 Mira Solves JJ, Llinas Santacreu G, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C. Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes. *Aten Primaria.* 2009; 41 (6): 308-14.

88 Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. Fundación Medicina y Humanidades. Monografía Humanitas. [Internet]. 2005; [Consultado 03/01/2011]; 8: 111-23. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>.

89 Saturno P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Rev Calid Asist. 2009; 24 (3): 124-30.

90 Chaboyer W. Information sharing, knowledge transfer and patient safety. Nursing in Critical Care. 2008; 13 (3): 121-3.

91 Aranaz J, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clín (Barc). 2010; 135 (Supl 1): 1-2.

92 Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

93 Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

94 Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

95 Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Declaración de profesionales por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2006.

96 Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press, 2000.

97 Agencia Nacional Para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS). La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

98 La OMS lanza las “nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. [Monografía en Internet] Washington/Ginebra: OMS; 2007. [Consultado 02/06/2008]. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22>.

99 Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 (3): 319-23.

100 Mira J, Pérez V, Rodríguez J, Tomás O. La satisfacción del paciente quirúrgico. Cir Esp. 2004; 76 (1): 54-7.

101 Woodward S. Seven stops to patient safety. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20 (2): 66-70.

102 Otero M, Domínguez A. Actividades dirigidas a la prevención de errores de medicación en centros sanitarios de Castilla Y León. Hospital Universitario de Salamanca. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad 2010. [Internet]. [Consultado 03/01/2012]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm

103 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad de los pacientes. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

104 Sistema Nacional de Salud. Plan Nacional de Calidad 2010. [Internet]. [Consultado 02/06/2010]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc03.htm

105 Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

106 Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D, Terol E, et al. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria. Estudio APEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

107 Aranaz J, Limón R, Aibar C, Miralles J, Vitaller J, Terol E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): 198-204.

108 Alós Almiñana M, Bonet Deán M. Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de salud de atención primaria. Aten Primaria. 2008; 40 (2): 75-80.

109 National Patient Safety Agency (NPSA). Seven steps to patient safety –The full reference guide. [Internet]. [Consultado 03/01/2008]. Disponible en: http://www.npsa.nsh.uk/seven_steps.

110 Pfizer.es. Guía para mejorar la atención sanitaria. Manual del paciente. [Internet]. [Consultado 02/06/2010]. Disponible en: www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/manual_paciente_guía_mejora_atencion_sanitaria.html.

111 Universidadpacientes.org. Nos mueve su salud. Le acompañamos al médico. [Internet]. [Consultado 02/06/2012]. Disponible en: http://www.universidadpacientes.org/docs/nota_kit_25maig06.pdf.

112 La gestión desde Atención Primaria 3. Plan de los pequeños detalles. Talavera de la Reina: Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM; 2004.

113 Martín M, Palacio F. Los pacientes por la seguridad del paciente: participación del paciente en el proceso de cuidados y en la prevención de eventos adversos. Empowerment del paciente, formación y herramientas para pacientes, el paciente protagonista de la seguridad clínica. Revista clínica electrónica en Atención Primaria. [Internet] 2008. [Consultada 03/01/2011]; (18). Disponible en: <http://www.fbioseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=18&art=12>.

114 Sánchez Legrán F. La mejora de la atención primaria y la participación de los usuarios. Medicina de Familia (And). 2000; 1 (1): 11-2.

115 Guerra de Hoyos JA, De Anca Contreras IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. Aten Primaria. 2007; 39 (7): 349-54.

116 Pasarín MI, Fernández Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. Gac Sanit. 2006; 20 (2): 91-100.

117 Cantero J, Sánchez E, Martínez J, Maeso J, Rodríguez J, Prieto M, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. Aten Primaria. 2001; 28: 326-32.

118 Peiró S. Buscando alternativas a la planificación basada en la necesidad o en la demanda. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18 (3):141-2.

119 Clavería A, Ripoll M, López A, Rodríguez C, Rey J. La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S): 142-50.

120 Ortún V. Mejor (servicio) siempre es más (salud). Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 1-4.

121 Alfaro M, Bonis J, Bravo R, Fluiters E, Minué S. Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S): 107-12.

122 Portal de Salud Junta de Castilla y León. Aula de Pacientes. [Internet]. [Consultado 03/01/2012]. Disponible en: www.salud.jcyl.es

123 Portal Ministerio Sanidad. Ciudadanos. [Internet]. [Consultado 03/01/2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/servCiudadanos/atencionCiudadano/home.htm>.

124 Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Derechos y deberes. [Internet]. [Consultado 03/01/2012]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes>

125 Portal Catalán de Salud. [Internet]. [Consultado 10/10/2011]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/>.

126 Arencibia Jiménez M, Aibar Remón C. Páginas web de hospitales. Realidad virtual o... ¿son realmente un medio útil para la difusión de información para sus usuarios? Rev Calidad Asistencial. 2007; 22 (3): 118-27.

127 Campillo C. Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción. Gac Sanit. 2008; 22 (supl1). 14-8.

128 Mayer MA, Leis A, Sanz F. Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas. Aten Primaria. 2009; 41: 534-44.

129 Jiménez Pernet J, García Gutiérrez JF, Bermúdez Tamayo C, Silva Castro MM, Tuneu i Valls L. Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. Aten Primaria. 2009; 41 (7): 360-6.

130 Bravo Toledo R. Información sobre medicamentos en internet: necesaria y mejorable. Aten Primaria. 2009; 41 (7): 367-70.

131 Castiel LD, Alvarez Dardet C. Las tecnologías de la información y de la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso. Rev Esp Salud Pública. 2005; 79: 331-7.

132 Tudela E, Tranche S. Contamos y cuentas: redes sociales. Aten Primaria. 2012; 44 (1): 1-2.

133 Universidad para pacientes. [Internet]. [Consultado 22/04/2013]. Disponible en: <http://www.universidadpacientes.org/>

134 Universidad de los pacientes. Alfabetización de los pacientes en España. [Internet]. [Consultado 22/04/2013]. Disponible en: http://www.universidadpacientes.org/educacionsalud/docs/resultados_encuestas.pdf

135 La escuela para pacientes de la escuela andaluza de salud pública. [Internet]. [Consultado 22/04/2013]. Disponible en: <http://www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx>

136 Jovell A, Navarro M. ¿El paciente a la universidad? FMC. 2007; 14 (6): 301-4.

137 Red ciudadana formadores pacientes. [Internet]. [Consultado 22/04/2013]. Disponible en: <http://formacion.seguridadelpaciente.es/>

138 Asociación defensor del paciente. [Internet]. [Consultado 22/04/2013]. Disponible en: <http://www.negligenciasmedicas.com/>

139 Mira Solves JJ, Llinas Santacreu G, Lorenzo Martínez S, Pérez Jover V. Preguntas más frecuentes sobre repercusión de la e-salud en la relación médico y paciente. Aten Primaria. 2010; 42 (2): 112-4.

140 Ahmad F, Hudack PL, Bercovitz K, Hollenberg E, Levinson W. Are physicians ready for patients with Internet-based health information? J Med Internet Res. [Internet] 2006 sep. [Consultada 19/08/2012]; 298 (3): e22.. Disponible en: <http://www.jmir.org/issue/year/2006>.

141 Mira J, Lorenzo S, Aibar C, Llinás G. Recommendations for those Internet users who visit health care web sites. [Internet]. [Consultado 19/08/2012]. Disponible en: <http://calite.umh.es/data/docs/110/Decalogopdf>.

142 Alonso R, Llanes L. Control de calidad en la gestión de las reclamaciones de los usuarios del área sanitaria 10 de atención especializada de la comunidad de Madrid (2000-2005). Rev Calidad Asistencial. 2009; 24 (2): 88-90.

143 Sainz Corada E. El valor de la comunicación. Costes de la evolución de la relación médico-paciente. Revista Economía de la Salud. 2004; 3 (5): 200-2.

144 Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Gómez Jara P, Martín-Sacristán Martín. B. ¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes? ¿Qué opinamos los médicos de familia? Aten Primaria. 2007; 39 (10): 575-6.

145 Pérez Cárceles MD, Pereñiguez Barranco JE, Pérez Flores D, Osuna Carrillo-Albornoz EJ, Luna Maldonado A. Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. Aten Primaria. 2007; 39 (1): 23-8.

146 Berdegal P, Quezada M, Torres M, Scharager J, García J. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Rev Med Chile. 2002; 130 (11): 1287-94.

147 Jiménez J. La evaluación necesita la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007; 39 (8): 395-403.

148 Fowler FJ, Gallagher PM, Anthony DL, Larsen K, Skinner JS. Relationship between regional per capita medicare expenditures and patient perceptions of quality of care. *JAMA*. 2008; 299 (20): 2406-12.

149 Kahn MW. Etiquette-Based Medicine. *N Engl J Med*. 2008; 358 (19): 1988-9.

150 Guiasinfosalud.es. Decálogo para el uso de webs de salud. WMA-COMB-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. [Internet]. [Consultado 15/09/2010]. Disponible en: http://www.guiasinfosalud.es/doc/guia_diptico.pdf.

151 Guía de MedlinePlus para una búsqueda saludable en Internet. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU - Institutos Nacionales de la Salud (NIH). [Internet]. [Consultado 30/08/2010]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthywebsurfing.html>

152 Evaluación de información sobre la Salud. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU - Institutos Nacionales de la Salud (NIH). [Internet]. [Consultado 19/05/2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/evaluatinghealthinformation.html>

153 Mira Solves JJ, Llinás Santacreu G, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C. El valor de la prescripción de sitios web. *Aten Primaria*. 2007; 39 (7): 384-5.

154 Ortego N, Barnosi A, Simeón C, Ortego M. Búsqueda de información en Internet por parte de pacientes de diferentes Comunidades Autónomas con enfermedades autoinmunitarias crónicas. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133 (12): 467-71.

155 López M, Aguado A, Sánchez M, García G, Alexandre G. ¿Cómo son las páginas webs de los laboratorios farmacéuticos dirigidos a los usuarios? *Aten primaria*. 2010; 42 (5): 273-7.

156 Alarcón O, Baudet J, Sánchez A, Dorta M, de la Torre M, Socas M, et al. Uso médico de Internet entre los pacientes de una consulta general de enfermedades del aparato digestivo. *Gastroenterol Hepatol*. 2006; 29 (5): 286-90.

157 Montesinos A. Los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante las nuevas tecnologías. *Centro de Salud Madrid*. 2001 (Junio); 9 (6): 353-6.

158 De Haro LL. Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. *FMC*. 2012; 19 (2): 55-7.

159 Pacientes On line: el sitio para pacientes, hecho por pacientes. [Internet]. [Consultado 4/2/2009]. Disponible en: <http://www.pacientesonline.com.ar/>.

160 Palacio F, Silvestre C, Bustinduy A. Qué opinan los pacientes de la e-medicina. Un estudio cualitativo. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23 (6): 259-63.

161 Jadad A, Enkin M. La ruta hacia la ehealth (Salud electrónica): Obstáculos a lo largo del camino. *Fundación Medicina y Humanidades*.

Monografía Humanitas. [Internet] 2004. [Consultado 19/08/2012]; 3:121-6. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono3/Articulo/art10.pdf>.

162 Cordon A. Internet y Salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 10. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo; 2007.

163 Mayer M, Leis A. Concepto y aplicaciones de la Web 3.0: una introducción para médicos. Aten Primaria. 2010; 42 (5): 292-6.

164 Monteagudo J, Hernández C, García F. Metodología de introducción de servicios de e-salud para el seguimiento y control de pacientes crónicos. Rev Esp Salud Pública. 2004; 78: 571-81.

165 Gómez M. Administración electrónica y servicios de asistencia sanitaria: Una breve reflexión sobre la Ley 11/2007 de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. RevistaeSalud.com. [Internet] 2009. [Consultado 10/10/2010]; 5 (17). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/277>.

166 Fresquet J. La historia de la medicina y el world wide web. Medicina e Historia. 2008; Cuarta época, Nº 3: 1-15.

167 Keselman A, Logan R, Arnott Smith C, Leroy G, Zeng-treitler Q. Developing informatics tools and strategies for consumer-centered health communication. Journal of the American Medical Informatics Association. 2008; 15 (4): 473-83.

168 Demski H, Hildebrand C, Brass A, Jedamzik S, Engelbrecht R. Improvement of cross-sector communication in the integrated health environment. In: Studies in health technology and informatics. Amsterdam: IOS Press; 2010: 95-100.

169 Blobel B, Hvannberg E, Gunnarsdóttir V. Seamless Care – Safe Care. The challenges of interoperability and patient safety in health care. In: Studies in health technology and informatics. Amsterdam: IOS Press; 2010.

170 Ruiz Azarola A, Perestelo Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26: 158-61.

171 Calva González JJ. La investigación sobre las necesidades de información en diferentes comunidades. Memoria del III seminario de usuarios de la información. México: Cuadernos de investigación 12; 2009.

172 Isabel González-González A, Sánchez Mateos J, Sanz Cuesta T, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Fernández Hernández Tomás. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de atención primaria (proyecto ENIGMA). Aten Primaria. 2006; 38: 219-24.

173 Heras J, Otero Á, Gallardo C. ¿Cómo conciben la salud y la atención la población inmigrante? El discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid. Semergen. 2008; 34 (7): 330-5.

174 Pardo G, Engel J, Agudo S. Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos. Revista mg. 2007. [Internet]. [Consultado 10/06/2010]. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_100/pdf/680-684.pdf

175 Jansen P. Non-financial barriers to primary health care services for Maori. *Journals of Primary Health Care*. 2009; (Sept) 1 (3): 240.

176 Jansen P, Raukawa N. Strategies to address disparities in access to care must be multidimensional. *Journals of Primary Health Care*. 2009 (Dec) 1:4.

177 Mazarrasa L, Castillo S, Sanz B, Bolaños E, Torres AM. La salud de las mujeres inmigrantes de la comunidad de Madrid: Percepción, accesibilidad y utilización de servicios de salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Salud Carlos III. Referencia 444/1997. [Internet]. [Consultado 19/02/2008] Disponible en: [Diana\Estudios2\Memorias444](#).

178 Llosada J, Vallverdú I, Miró M, Pijem C, Guarga A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria*. 201; 44 (2): 82-8.

179 Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2008; 82: 209-20.

180 Dunn D. The sixth vital sign: Health literacy assessment. *The Florida Nurse*. 2010; 58 (2): 12.

181 Raya J, Martín C, Gómez F, Castillo M. Acceso telefónico para sordos al sistema de emergencias sanitaria 061. *Med Clin (Barc)*. 2002; 120 (17): 663-9.

182 Contreras A, Clavero G, Casas J. Barreras de comunicación con el paciente VIH + percibidas por el personal sanitario. *Gac Sanit*. 1995; 9: 91-100.

183 Milliat L, Letrilliart L, Galand S, Berthoux N, Charlois A, Romestaing P. Échanges d'informations médicales dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer du sein: perceptions et attentes des médecins traitants de ville et des spécialistes hospitaliers. *Bull Cancer*. 2006; 93 (2): 223-31.

184 Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centre. *British Journal of Cancer*. 2001; 84 (1): 48-51.

185 Granger BB, Sandelowski M, Tahshjain H, Swedberg K, Inger I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen. *Cardiovascular Nurs*. 2009; 24 (4): 308-15.

186 Tarrago A, Ruza F. Percepción subjetiva de los padres sobre los cuidados al final de la vida en una UCIP y cómo mejorarlos. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 69 (2): 119-23.

187 Bermúdez CL, García J, Jiménez J. Necesidades de información en pacientes con cáncer y su oferta en internet. *RevistaSalud.com*. Edita FeSalud. [Internet] 2010. [Consultado 10/10/2011]; 6, (21). Disponible en: <http://www.revistaesalud/issue/view/24>.

188 Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007; 31 (6): 273-80.

189 Pujiulia J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin.* 2006; 16 (1): 19-26.

190 Mira J, Rodríguez J, Pesel R, Ybarra J, Pérez V, Palazón I. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17 (5): 273-83.

191 Duarte G, Aguirre A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería clínica.* 2003; 13 (1): 7-15.

192 Gutiérrez R, Rubio M, Fernández J, Navarro C, Parra B. Mejora en la calidad percibida: el plan de los pequeños detallados del SESCAM. *Rev Calidad Asistencial.* 2004; 19 (2): 88-91.

193 Formiga F, Dolcet P, Martínez A, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. Información geriátrica en los informes de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 65 años. *Rev Clin Esp.* 2004; 204 (6): 308-11.

194 Howell MD. A 37-year-old man trying to choose a high quality hospital. *JAMA.* 2009; 302 (21): 2353-60.

195 Ruiz R, Gavilan E, Pérula L, Jaramillo I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Rev Calidad Asistencial.* 2008; 23 (2): 45-51.

196 Coupland C, Savelyich B, Hippisley-Cox J, Kendrick D, Groom L, Cross E. A randomized controlled trial of the effect of providing information on accidental injury admissions and their cost to Primary Care groups and trusts. *Family Practice.* 2005; 1 april: 249-52.

197 Martín Criado E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de la alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81: 519-28.

198 Arredondo C. La comunicación es un instrumento fundamental para la promoción de la salud. *Rev San Hig Púb.* 1994; 68: 423-25.

199 Santiña M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo M. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17 (4): 218-23.

200 Mateos M, Dierssens T, Rodríguez MP, Robles M, Llorca J. Diferencias en la satisfacción percibida según el sexo en los pacientes ingresados en los hospitales del servicio Cántabro de Salud. *Rev Calid Asis.* 2009; 24 (3): 104-8.

201 Palmeiro Fernández G, González Dacosta M, Álvarez Araujo S, Díaz Grávalos GJ. Influencia de la edad y el sexo en la información del paciente en fase terminal. *Aten Primaria.* 2006; 38 (6): 365-6.

202 Oeye C, Karen A, Skorpen A, Anderssen N. User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?. *Nursing Inquiry.* 2009; 16 (1): 287-96.

203 Foster G, Tylor SG, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; Oct 17 (4): CD005108.

204 Welzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; Jan 24 (1): CD004273.

205 Pérez Cárceles MD, Pereñíguez JE, Osuna Carrillo de Albornoz y Luna Maldonada A. Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. *Aten Primaria.* 2006; 37: 69-77.

206 Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J y Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una actitud. *Gac Sanit.* 2010; 24 (3): 247-50.

207 Guix Oliver J, Fernández Ballart J, Sala Barbany J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit.* 2006; 20 (6): 465-72.

208 Martínez López FJ. La gestión de riesgos sanitarios y los derechos de los pacientes. La ley 41/2002. Notas para un programa de gestión de riesgos. *Rev Adm Sanit.* 2003; 1 (39): 487-512.

209 Pujol Ribera E, Gené Badía J, Sans Corrales M, Sampietro Colom L, Pasarín Rúa MI, Iglesias Pérez B, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit.* 2006; 20 (3): 209-19.

210 Villalbí J. Evaluación de la atención primaria. *Aten Primaria.* 2009; 41 (12): 659-60.

211 Iñiguez L, Monreal P, Sanz J, del Valle A, Fusté J. Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya. *FQS.* [Internet] 2009 (mayo). [Consultado 16/01/2010]; 10 (2): art 34. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902340>.

212 Hernán García M, Gutiérrez Cuadra JL, Lineros González C, Ruiz Barbosa C, Rabadán Asensio A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Primaria.* 2002; 30 (7): 425-34.

213 Bueno Ortiz JM, Gascón Cánovas JJ, Saturno Hernández PJ. La otra perspectiva. *Aten Primaria.* 2002; 30 (7): 425-34.

214 Maderuelo Fernández JA, Hernández García I, González Hierro M, Velázquez San Francisco I. Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. *Gac Sanit.* 2009; 23 (5): 365-72.

215 March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA. Profundizando en los porqués y los cómo de la investigación en atención primaria. *Aten Primaria.* 2003; 32 (7): 439-40.

216 Paley J, Lilford R. Qualitative methods: an alternative view. *BMJ.* 2011; 342: d424.

217 Thomas T, Fahey T, Somerset M. The content and methodology of research papers published in three United Kingdom primary care journals. *Br J Gen Pract.* 1998; 48 (430): 1229-32.

218 Pujol Ribera E, Monteagudo Zaragoza M, Berenguera Ossó A. Investigación cualitativa en atención primaria de salud: Situación actual, aportaciones y algunos retos. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria.* [Internet] 2003. [Consultado 01/05/2013]; 19. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=19&art=editorial>

219 Mira JJ, Pérez Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria.* 2004; 34 (4): 161-9.

220 Calderón C. Las revisiones sistemáticas y el reto de la evaluación de la calidad en la investigación cualitativa en salud. *Aten Primaria.* 2004; 34: 166-9.

221 Amezcua M, Carricondo A. Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm.* [Internet] 2000. [Consultado 03/02/2012]; 28-29. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_26-34.php.

222 Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en la investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 423-36.

223 Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 473-82.

224 De Andrés Pizarro J. El análisis de estudios cualitativos. *Aten Primaria.* 2000; 25: 42-6.

225 Pla M. El rigor de la investigación cualitativa. *Aten Primaria.* 1999; 24, 295-300.

226 Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública.* 1995; 69: 145-9.

227 Peinado A. La investigación cualitativa en España: de la vida política al maltrato sentido. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 381-93.

228 Conde Gutiérrez F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 395-408.

229 Mercado FJ, Alcántara E, Lara N, Sánchez A, Tejada LM. La atención médica a la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 461-71.

230 Lincoln IS. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Traducción: de la Cuesta Benjumea. *Investigación y educación enfermera.* 1997; 15 (2): 57-69.

231 Barrio Cantalejo IM, Simón Llorda P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126 (11): 418-23.

232 Fernández de Sanmamed Santos MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC*. 1995; 2 (1): 23-8.

233 Nebot M, García AM. La investigación cualitativa en *Gaceta Sanitaria*: bienvenida y mejor valorada. *Gac Sanit*. 2004; 18 (1): 5-6.

234 Íñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*. 1999; 23: 496-502.

235 Fernández de Sanmamed Santos MJ. Adecuación de las normas de publicación en revistas científicas a las investigaciones cualitativas. *Aten Primaria*. 2000; 25 (7): 118-22.

236 Calderón Gómez C. ¿Se puede integrar la evidencia procedente de la investigación cualitativa y la cuantitativa? *FMC*. 2004; 11 (3): 157-8.

237 Guix J. "P < 0,05 sí, pero...": la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18 (1): 55-8.

238 Buzzaqui Echevarrieta A, Uris Sellés J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. *FMC*. 1997; 4 (7): 421-33.

239 Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 373-80.

240 Hummers-Pradier E, et al. Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe, European General Practice Research Network EGPRN, Maastricht 2009. Disponible en: <http://egprn.org/web/research-agenda->). Traducción Claveria A, SERGAS, SEMFYC. Agenda de investigación para Medicina de Familia y Atención Primaria en Europa. [Internet]. [Consultado 03/01/2012]. Disponible en: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Agenda_europea_investigacion_MFyAP.pdf

241 Hummers-Pradier E, Beyer M, P Chevallier, S-Eilat Tsanani, C Lionis, Peremans L et al. The research agenda for General Practice / Family Medicine and Primary health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *Eur J Gen Pract*. 2009; 15 (4): 243-50.

242 Wong SS, Wilczynski NL, Haynes RB. El desarrollo de estrategias óptimas de búsqueda para la detección de los estudios cualitativos clínicamente relevantes en MEDLINE. *Stud Salud Tec Inform*. 2004; 107 (1): 311-6.

243 Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería clínica*. 2003; 13 (2): 112-7.

244 Richards MG. y Richards TJ. Computing in Qualitative Analysis; a Healthy Development?@. En *Qualitative Health Research* 1: 2. 1994. (May): 234-262.

245 Murillo S, Mena L. Detectives y camaleones: el grupo de discusión. Una propuesta para la investigación cualitativa. Madrid: Ed. Talasa; 2006.

246 Stiles WB. Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*. 1993; 13: 593-618.

247 Anguera MT. Metodología cualitativa. En: Anguera MT, Arnau J, Ato M, Martínez R, Pascual J y Valleja G. *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis; 1998.

248 Guba E, Lincoln Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage; 1989.

249 Marecek J. Dancing through minefields: toward a qualitative stance in psychology. *Expanding perspective in methodology and desing*. En: Camic PE, Rhodes JE, Yardley L. (eds.) Washington: American Psychological Association; 2003: 49-69.

250 Rennie DL. Fifteen years of doing qualitative research on psychoterapy. *British journal of guidance and counseling*. 1996; 3: 317-27.

251 Rennie DL. Grounded theory methodology: The pressing need for a coherent logic of justification. *Theory and psychology*. 1998; 8: 101-19.

252 Barbour R. *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata SL; 2013.

253 Valles MS. *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Cuadernos metodológicos nº 32 CIS; 2007.

254 García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. 2000; 25: 181-6.

255 Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata SL; 2012.

256 Rodríguez G, Gil J, García E. Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos. En: *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe; 1996.

257 Teare J, Smith J. Using focus groups to explores the views of parents whose children are in hospital. *Paediatric Nursing*. 2004; 16 (5): 30-4.

258 Toomas Timpka MD, Marie Ekstrom MSc, Per Bjurulf MD. Information needs and information seeking behavior in Primary Health care. *Scand J Prim Health Care*. 1989; 7: 105-9.

259 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83 (3): 457-502.

260 Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2004. [Internet]. [Consultado 10/01/2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>

261 Aranguren Z. Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de previsión del profesorado de la universidad central de Venezuela, durante el último trimestre del 2004. *Acta Odontológica Venezolana*. 2009; 47 (1): 9.

262 García A, Soriano A, Martínez C, García V, Ruiz S, Cortés M, et al. La satisfacción del usuario como indicador de calidad en un servicio de Medicina Nuclear. *Rev Esp Med Nucl.* 2007; 26 (3): 146-52.

263 González R, Gijón M, Escudero M, Prieto M, March J, Ruiz A. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2008; 23 (3): 101-8.

264 Ruiz Romero V, García Berral M, Suárez del Cerro E, García Vargas-Machuca B, Pérez Lorente MA. Exploración de expectativas en la población de referencia de un hospital de tercer nivel. *Rev Calidad Asistencial.* 2008; 23 (3): 114-25.

265 Álvarez M. Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional. *Rev Calidad Asistencial.* 2007; 22 (5): 227-33.

266 Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 30 proyectos y un marco para avanzar en Calidad en el Sistema Público de Salud de Castilla y León. Estrategias para la orientación a la mejora. Valladolid: [Internet] 2011. [Consultado 03/02/2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/30-proyectos-marco-avanzar-calidad-sistema-publico-salud-ca/publicacion>

267 Gerencia Regional de Salud. Guía de autoevaluación en atención primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia. Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud; 2003.

268 Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria.* 2002; 29 (6): 366-73.

269 Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en la atención. *Aten Primaria.* 2005; 36 (7): 358-66.

270 Navarro López V, Benach de Rovira J. Desigualdades sociales de salud en España. *Rev Esp Salud Pública.* 1996; 70: 505-636.

271 Sánchez Moreno A, Ramos García E, Maset Campos P. Actitud social ante la participación en salud. *Rev San Hig Pú.* 1993; 67: 201-15.

272 Saturno Hernández PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública.* 1995; 69:163-75.

273 Hernández Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en Salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26: 6-13.

274 Calderón Gómez C, Fernández de Sanmamed Santos MJ. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Sexta edición. Madrid: Elsevier España SL; 2008.

275 Diccionario Médico de bolsillo Dorland. 24º edición. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994.

276 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo de definiciones del Ministerio de Sanidad. [Internet]. [Consultado 07/01/2007]. Disponible en:

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

277 López Casanovas G. Barómetro para el diagnóstico y estudio de evolución del sistema sanitario español. 2005. [Internet]. [Consultado 15/02/2013] Disponible en: [www /grupobbva.com/tlvf](http://www.grupobbva.com/tlvf)

278 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [Internet]. [Consultado 02/02/2013]. Disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>

279 Junta de Castilla y León. Encuesta de Salud Junta de Castilla y León. [Internet]. [Consultado 02/02/2013]. Disponible en:

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidad-cifras/encuestas-salud>.

280 Junta de Castilla y León. Barómetro Sanitario Castilla y León 2010. [Internet]. [Consultado 03/02/2013]. Disponible en:

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidad-cifras/barometro-sanitario>.

281 Brugulat P, Séculi E, Medina A, Juncà S, Martínez V, Martínez D, et al. Encuesta de Salud de Cataluña. Percepción de salud, utilización de servicios y satisfacción con los servicios asistenciales desde la perspectiva de los ciudadanos. *Med Clin (Barc)*. 2003; 121: 122-7.

282 Pérez V, Mira J, Tomás O, Nebot C, Rodríguez J. "Buenas prácticas" y satisfacción del paciente. *Rev Calid Asist*. 2010; 25 (6): 348-55.

283 Alonso A, Sáez C, Lordelis F. Atención a la demanda indomorable en atención primaria. Descripción y detección de posibles áreas de mejora. *Rev Calid Asist*. 2012; 27 (1): 19-29.

284 Pascual López L, Uris Selles J, Alfonso Domènech MD, Sanmartín Sanmartín D, Sanz Sanz J, Campos Malo C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria*. 1995; 15 (7): 421-25.

285 Jaime F, García M. La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. *Trastornos Adictivos*. 2007; 9 (2): 132-46.

286 Gérvas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128 (14): 540-4.

287 Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform. *Can Fam Physician*. 2010; 56: 273-82.

288 Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria*. 2003; 31 (5): 307-14.

289 Franz C, Barker J, Kim K, Flores Y, Jenkins C, Kravitz R, et al. When help becomes a hindrance: Mental health referral systems as barriers to care for primary care physicians treating patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18 (7): 576-85.

290 Solway E, Estes C, Goldberg S, Berry J. Access barriers to mental health services for older adults from diverse populations: Perspectives of leaders in mental health and aging. *Journal of aging & social policy*. 2010; 22: 360-78.

291 Gervas J. Moderación en la actividad preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006 20 (Supl 1): 127-34.

292 García Marco C. Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la atención primaria del Insalud: Un estudio preliminar. *Rev Esp Salud Pública*. 1996; 70: 271-81.

293 Martínez S, Plá M, Rubio M, Bernal M, Soriano M. Percepción de los pacientes del programa informático Abucasis II. *Aten Primaria*. 2009; 41 (3): 176-7.

294 Isanta C, Rivera P, Pedraja M, Jiménez N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74: 263-274.

295 Roig C, Erra N, Seguer A, Belda S, Juncosa S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. *Aten Primaria*. 2005; 36 (4): 194-7.

296 Dawidowski A, Toselli L, Luna D, Oberti P, Soto M, González F. Modificaciones en las perspectivas de los médicos sobre el registro médico electrónico: investigación cualitativa longitudinal. *Gac Sanit*. 2007; 21 (5): 384-9.

297 Cubí R, Marquès A. Confidencialidad e informatización de los datos en atención primaria. *FMC*. 2005; 12 (2): 86-93.

298 Reguant i Fosas M. Historia clínica compartida y confidencialidad: riesgos y límites. *FMC*. 2010; 17 (3): 126-30.

299 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*. 1999; 49: 477-82.

300 Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria*. 1996; 17: 348-53.

301 Ortiz R, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 527-37.

302 Ortega A, Melguizo M. Obsesionados por la demora. *AMF*. 2007; 3 (3): 121-3.

303 Braña B, Carrera D, De la Villa M, Avanzas S, Gracia M, Vegas E. Factores sociodemográficos y satisfacción con la atención recibida en mujeres con cáncer de mama: Estudio multicéntrico. *Rev Calid Asist*. 2012; 27 (1): 30-7.

304 Concepción T, Rodríguez O, Illada L, Santos M. Percepción y expectativas del paciente mayor en la atención especializada. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23 (1): 17-20.

305 Barragán N, Arbonies J. Estrategias para gestionar el tiempo en la consulta de atención primaria. *FMC*. 2008; 15 (4): 207-16.

306 Retamal A, Monge V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74: 275-86.

307 Shuk-Yin R, Milgrom P, Huebner C, Conrad D. Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. *Women's Health Issues*. 2010; 20 (5): 359-365.

308 Young HN, Bell RA, Epstein RM, Feldman MD, Kravitz RL. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1404-18.

309 Mira J, Aranaz J, Rodríguez J, Buil J, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998; IV: 12-8.

310 Domínguez C, Expósito J, Barranco A. Las salas de espera para pacientes con cáncer: instrumentos para su análisis y mejora. *Rev Calidad Asistencial*. 2009; 24 (1): 60-6.

311 Robles García M, Dierssen Sotos T, Llorca Díaz J, Díaz Mendi AR, Herrera Carral P. En busca de la excelencia: el perfil del paciente "supersatisfecho". *Rev Calid Asist*. 2004; 19 (1): 34-7.

312 Rodríguez J, Martínez J, Capella D, Sainz A, Cebrián M, García C, et al. Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento (2001-2005). *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23 (2): 57-64.

313 Prieto M, Gil E, Heierle C, Frias A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 613-25.

314 Semfyc.es. Consejos a los pacientes para mejorar la seguridad en su atención en las consultas de atención primaria. [Internet]. [Consultado 05/02/2013]. Disponible en: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/consejos/Seguridad.pdf

315 Miguel F, Fernández A, Díaz A. La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial: Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26 (S): 134-41.

316 Becker G, Kempf D, Xander C, Momm F, O Ischewski M, Blum H. Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital. *BMC Health Services Research*. [Internet] 2010. [Consultado 05/02/2013]; 10: 94. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/94>

317 Morillo García A, Aldana Espinal JM, Moreno Nieto J, Sillero Sánchez R Nieto Cervera P. Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria

del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Aten Primaria*. 2007; 39 (6): 313-8.

318 Medina F, Meseguer A, Navarrete S, Saturno P, Valera J, Montilla J. Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol*. 2005; 8 (1): 3-10.

319 Pérez B, García P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Enfermer*. [Internet]. 2005 [Consultado 10/102011]; 21 (2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0864-03192005000200003&lng=es.

320 Mira JJ, Rodríguez Marín J, Pest P, Ybarra J, Pérez Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes en los hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17 (5): 273-83.

321 Ruiz R, Peralta L, Pérula L, Olloqui J, Carrión T, Sobrino A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012; 44 (1): 5-12.

322 García R, Núñez M. La relación médico-enfermo en un mundo técnico (Primera Parte). *Boletín de Bioética*. Nov 2011; 7: 1-4.

323 García R, Núñez M. La relación médico-enfermo en un mundo técnico (Segunda Parte). *Boletín de Bioética*. Nov 2011; 7:5-8.

324 Martín J, Del Cura M, Gómez T, Fernández E, Pajares G, Moreno B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*. 2010; 42 (4): 196-205.

325 Escudero M, Prieto M, Fernández I, March J. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo I. Un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2006; 38 (1): 8-18.

326 Del Canale S, Louis MS, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 2012; 87 (9): 1243-9.

327 Ruiz Moral R. Estrategias para promover el trato igualitario con los pacientes. *Aten Primaria*. 2006; 38 (3): 178-81.

328 Ruiz R, Peralta L, Pérula L, Gavilán E, Loayssa J. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria*. 2010; 42 (5): 257-65.

329 Yáñez D, Sarría A, García F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? *Aten Primaria*. 2006; 37 (4): 221-30.

330 Bodenheimer T, Loring K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002 Nov 20; 288 (19): 2469-75.

331 Romero JA. Importancia de la información que reciben los pacientes de todo acto médico-quirúrgico que se les proponga. *Aten Primaria*. 2006; 37 (4): 243.

332 Ruiz R, Rodríguez J, Pérula L, Fernández I, Martínez J, Fernández M, et al. Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Aten Primaria*. 2006; 38 (9): 483-9.

333 López E. Necesidades básicas insatisfechas. *Aten Primaria*. 2005; 35 (5): 258-9.

334 Vergeles J. Paciente difícil, una aproximación a la “desazón” del profesional. *Aten Primaria*. 2003; 31 (4): 214-21.

335 Escudero M, Prieto M, March J. Expectations held by type 1 and 2 diabetes mellitus patients and their relatives: the importance of facilitating the health-care process. *Health Expect*. 2007; 10: 337-49.

336 Cohen M, Woodward C, Ferrier B, Williams P. Interest in different types of patients. What factors influence new-to-practice. *Can Fam Physician*. 1996 (Novembre); 42: 2170-8.

337 Ruiz R, Rodríguez J, Pérula L, Prados J. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2002. 28 febrero; 29 (3): 132-44.

338 Bascuñan M, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra*. 2007; 51 (2): 28-31.

339 Ongallo C. La motivación. El proyecto “empatía”: Entrevista y mediación con el paciente: Técnicas de Interacción y ayuda. *Gestión y evaluación de costes sanitarios*. 2006 (Octubre-Diciembre); 7, (4): 33-7.

340 Sánchez F, Sánchez F, López Y. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23 (5): 199-204.

341 Gervás J. Torcer el cuello, mirar a los ojos. *Jano*. 2007; 1675: 52-4.

342 Ruiz R, Prados J, Alba M, Bellón J, Pérula L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria*. 2001; 27: 469-77.

343 Alves A. Habilidades de comunicación: Un pilar básico de la competencia clínica. *Revista del CONAREC*. [Internet] Marzo 2003. [Consultado 20/05/2010]; 68 (19): 19-24. Disponible en: <http://www.conarec.org.ar>

344 Bellón J, Martínez T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Primaria*. 2001; 27: 452-8.

345 Bellón J. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *An Sist Sanit Navar*. 2001; 24 (supl. 2): 7-14.

346 Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria*. 2006; 37: 320-4.

347 Mas X, Cruz J, Fañanás N, Allué A, Zamora I, Viñas R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003; 31 (4): 214-21.

348 Saló N, Clèries X. La auditoría de comunicación. Una herramienta para las organizaciones sanitarias. *Rev Adm Sanit*. 2007; 5 (1): 123-35.

349 Moret I, Rochedreux A, Ballereau A, Wiertliewski S, Chevalier S, Lombraill P. L'information du patient à l'hôpital, un partage implicite des roles entre professionnels?. *Presse Med*. 2004; 33: 1431-6.

350 Dickerson A, Sensmeier J. Sharing data to ensure continuity of care. *Nursing Management*. 2010; july: 19-22.

351 Fernández Moyano A, Ollero Baturone. Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 349-51.

352 Gandara E, Moniz T, Ungar J, Lee J, Chan-Macrae M, O'Malley T, Schnipper J. Communication and information deficits in patients discharged to rehabilitation facilities: An evaluation of five acute care hospitals. *J Hosp Med*. [Internet] 2009. [Consultado 15/07/2010]; 4 (8): e28-33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.474/>

353 Payne S, Kerr C, Hawker S, Hardey M, Powel J. The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and Ageing*. 2002; 31: 107-17.

354 Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 371-87.

355 Martín Aguado MY, Sierra Quesada JM, Jiménez Martín JM, Escudero Espinosa C. Expectativas y necesidades detectadas en profesionales de organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2007. 81: 43-52.

356 Manojlovich M. Nurse / physician communication through a sensemaking lens. Shifting the paradigm to improve patient safety. *Medical Care*. 2010; 48 (11): 941-6.

357 Bajramovic J, Emmerton L, Tett S. Perceptions around concordance-focus group and semi-structured interviews conducted with consumers, pharmacists and general practitioners. *Health Expectations*. 2004; 7: 221-34.

358 Ballvé Moreno JL, Pujol Ribó G, Romaguera Lliso A, Bonnet Esteve A, Rafecas Ruiz M, Zarza Carretero E. Comunicación interna en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40 (8): 401-6.

359 Nagpal K, Vats A, Lamb B, Ashrafian H, Sevdalis N, Vicent C, et al. Information transfer and communication in surgery. A systematic review. *Annals of surgery*. 2010; 252 (2): 225-39.

360 Bengoechea Ibarrodo MB. Estudios sobre comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería Clínica*. 2001; 11 (6): 34-42.

361 Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Carratalá Munuera C, Gil Guillén V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Aten Primaria*. 2006; 37 (4): 195-202.

362 Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, Grandes Odriozola G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. 2009; 41 (1): 33-40.

363 Cullen R. The medical specialist: information gateway or gatekeeper for the family practitioner. *Bull Med Libr Assoc*. 1997 October; 85 (4): 348-55.

364 Walsh J, Harrison J, Young J, Butow P, Solomon M, Masya L. What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Services Research*. [Internet] 2010. [Consultada 15/05/2012]; 10: 132. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/132>

365 Anoz Jiménez L, Torres García R. Coordinación internivel: proceso clave para la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2008; 40 (6): 311-8.

366 Machín Hamalainen S, Gómez Medina MA. Lo peor de perder un partido no es perder...*Aten Primaria*. 2005; 35 (4): 222.

367 Ballvé JL, Pujol G, Eguinoa R, Castello C, Moreno JL. La comunicación interna en atención primaria, una aproximación cualitativa. *Aten Primaria* 2010; 42: 185-6.

368 Garrido S, Molino A, López C, Arrojo E, Martín M, Moreno M. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calid Asist*. 2009; 24 (6): 263-71.

369 Alamartine E, Thibaudin D, Maillard N, Sauron C, Mehdi M, Broyet C, et al. Télémédecine: une expérience infuctueuse de télé-expertise en néphrologie. *Presse Med*. 2010; 39: 112-6.

370 Prieto M, March J, López L. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999; 24: 259-66.

371 Holmes M, Stableford S, Fagerlin A, T Wei J, L Dunn R, Ohene J, et al. Evidence-based patient choice: a prostate cancer decision aid in plain language. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. [Internet] 2005. [Consultado 11/08/2010]; 5:16. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/5/16>

372 Escamilla J, Castañer O, Benito S, Ruiz E, Burrull M, Sáenz N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2008; 40 (2): 81-5.

373 Nkukuma L. Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc*. 2009; 49 (5): 132-45.

374 Stead M, Eadie D, Gordon D, Angus K. "Hello, hello-it's English I speak!": A qualitative exploration of patients' understanding of the science of clinical trials. *J Med Ethics*. 2005; 31: 664-9.

375 Shieh C, Mays R, McDaniel A, Yu J. Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health care for women international*. 2009; 30: 971-88.

376 Raupach J, Hiller J. Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expectations*. [Internet] 2002. [Consultado 11/07/2010]; 5: 289-301. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1369-6513.2002.00191.x/full>

377 Jadad A, Rizo C, Enkin M. I am a good patient, believe it or not. *BMJ*. 2003; 326: 1293-5.

378 Guix J. Actituds i percepcions respecte dels drets dels usuaris dels hospitals del sector sanitari de Reus. [Tesis Doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2003. [Internet]. [Consultado 23/10/2011]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/8709>.

379 McIntosh A, MPhil MSc, Shaw C. Barriers to patient information provision in primary care: patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health Expectations*. [Internet]. 2003. [Consultado 13/07/2010]; 6: 19-29. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1369-6513.2003.00197.x/full>

380 Belderrain Belderrain P, García Busto E, Castañón Quiñones E. Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familiar en un área de salud. *Aten Primaria*. 1999; 24: 285-8.

381 Sánchez R, Palacios S, Neyro J, Quereda F, Vázquez F, Pérez M. Actitudes, conocimiento y expectativas de las pacientes con osteoporosis posmenopáusicas en España. *Prog Obstet Ginecol*. 2009; 52 (10): 562-71.

382 Prieto M, Suess A, March J, Danet A, Pérez O, Martín A. Opiniones y expectativas de pacientes con enfermedades relacionadas con la exposición al amianto. *An Sist Sanit Navar* [Internet] 2011. [Consultado 04/01/2012]; 34 (1): 33-41. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/11147>

383 Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Pract*. 1994; 44: 165-9.

384 Sanchez C, Stalder H. Do physicians take into account patients' expectations? *Journal of General Internal Medicine*. 1994; 9 (July):404-6.

385 Kravitz R, Bell R, Azari R, Krupat E, Kelly S, Thom D. Request fulfilment in office practice. *Medical Care*. 2002; 40 (1): 38-51.

386 Peck M, Asch D, Goold S, Roter D, Ubel P, McIntyre L, et al. Measuring patient expectations. *Medical Care*. 2001; 39 (1): 100-8.

387 Peck B, Ubel P, Roter D, Goold S, Asch D, Jeffreys A, et al. Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2004; 19: 1080-7.

388 Hall M, Zheng B, Dugan E, Camacho f, Kidd K, Mishra A, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev.* 2002; 59 (3): 293-318.

389 Borrell Carrió F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas.* Barcelona: Ediciones Semfyc; 2004.

390 Bell R, Kravitz R, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten. *Arch Intern Med.* 2001; 161: 1977-84.

391 Castillo F. ¿Cómo perciben los pacientes con cáncer la importancia de compartir el control de las decisiones en las intervenciones de sus problemas de salud? *Parainfo Digital. Monográficos de investigación en salud. [Monografía en Internet] 2011. Año V (12). [Consultado 03/03/2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/173d.php>.*

392 Costa A, Almendro C, García S, Ordovás R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria.* 2008; 40 (2): 97-9.

393 Graux A. 8/10 Manque d'information à l'origine des événements indésirables graves liés aux soins. *Soins.* 2006; 709: 63-4.

394 Dowell D, Baier L, Maguire A, An P, Paluch L, Felix K, et al. Urban outpatient views on quality and safety in primary care. *Longwoods Rev.* 2005; 3 (1): 2-8.

395 Rodrigo I, Viñes JJ, Guillén grima F. Análisis de la calidad de la información proporcionada a los pacientes por parte de unidades clínicas especializadas ambulatorias mediante análisis por modelos multinivel. *An Sist Sanit Navar.* 2009; 32 (2):183-97.

396 Bosch J. Toma de decisiones compartidas en la consulta: de la necesidad a la realidad. *Aten Primaria.* 2010; 42: 264-5.

397 Tardáguila M, Méndez C, Torres J, Méndez T, Benito B, López F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones en las urgencias de atención primaria. *Rev Clín Med Fam.* 2008; 2 (4): 145-8.

398 Pastor R, López A, Pérez M, Gérvas J. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Rev Esp Salud Pública.* 1997; 71: 479-85.

399 Ionescu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ.* 2007; 177 (11): 1362-8.

400 Letelier M, Aller M, Henao D, Sánchez I, Vargas I, Coderch J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit.* 2010; 24 (4): 339-46.

401 Griffith J, Brosnan M, Lacey K, Keeling S, Wilkinson T. Family meetings-a qualitative exploration of improving care planning with older people and their families. *Age and Ageing.* 2004; 33: 577-81.

402 Stolee P, Steeves B, Manderson B, Toscan J, Glenny C, Berg K. Health information use in home care: Brainstorming barriers, facilitators, and recommendations. *Home Health Care Services Quarterly.* 2010; 29: 37-53.

403 Tagarro Gracia A, Rufa Tarrió F. Percepción subjetiva de los padres sobre los cuidados al final de la vida en una UCIP y cómo mejorarlos. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 69 (2): 119-23.

404 Fuentes J, Alonso S. El acompañante. *Entrevista Clínica*. 2000; 7 (2): 106-7.

405 García B. Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad Ramón Llull. 2011. [Internet] [Consultado 23/10/2011]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/andel/10803/32141>.

406 Reading R, Steel S, Reynolds S. Citizens advice in primary care for families with young children. *Care Health & Development*. 2002; 28 (1): 39-45.

407 Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people. *Can Fam Physician*. 2005; 51: 1244-5.

408 Wetzels R, Harmsen M, Van Veel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; Jan 24; (1): CD004273

409 Sánchez Pardo L. Estudio sobre los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en espacios públicos ("Botellón") de los jóvenes castellano-leoneses. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Comisionado Regional para la Droga; 2007.

410 Cabrera E, Yagüe C, Schiaffino A, Lloret G, Blanco I. Información, percepción de riesgo y ansiedad antes de recibir consejo genético en predisposición hereditaria al cáncer. *Enferm Clin*. 2006; 16 (3): 112-8.

411 Sahw S, Huebner C, Armin J, Orzech K, Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *J Immigrant Minority Health*. 2009; 11: 460-7.

412 Sánchez J, Albarrán M, Romero S. Análisis médico-legal de la consulta médica telefónica: riesgos legales profesionales y seguridad del paciente. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. 2010; Febrero: 31-8.

413 De la Fuente Rodríguez A, Fernández Leronés MJ, Hoyos Valencia Y, León Rodríguez C, Zuloaga Mendiola C, Ruiz Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de la calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud de Altamira. *Rev Calid Asist*. 2009; 24 (3): 109-14.

414 García de Ribera MC, Vázquez Fernández ME, Bachiller Luque MR, Barrio Alonso MP, Muñoz Moreno MF, Posadas Alonso J, et al. Estudio piloto de consulta telefónica pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12: 413-24.

415 Darzi's D. Breaking down. *Health Service Journal*. 2009; February supl: 38.

416 Choudhry F, Deas T. Exchanging data Health information exchange developed to manage dollars and boost value. *Modern Healthcare*. 2010; July: 5.

417 Marin GH, Siberman M. "Tu turno al barrio": propuesta de referencia-contrarreferencia entre los niveles de atención de la salud. *Salud Pública de México*. 2008; 50 (5): 355-7.

418 Classen J. Is failure to rescue really failure to communicate? *Nursing Management*. 2010; (july): 39-41.

419 Pasarín M, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007; 39 (8): 395-403.

420 Velasco Sánchez V, Otero Puyme A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 1993; 11 (8): 406-11.

421 Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med*. 2010 Feb 16; 152 (4): 247-58.

422 Orna M, Torrubia M, Peña I, Isanta C. Estudio del grado de satisfacción de la asistencia sanitaria recibida en atención primaria, durante los desplazamientos realizados en las vacaciones de verano. *Aten Primaria*. 2011; 43 (3): 158-9.

423 Kemper D, Mettler M. The age wave: Knowledgeable and very, very large. *Managed Care Quarterly*. 2002; 10 (3): 52-66.

424 Fermariz M, Canady M, Milmine P, Perron J, Cooper L. Home health compare: Web site offers critical information to consumers, professionals. *Lippincotts Case Manaq*. 2004; 9 (2): 89-95.

425 Speedlig E, Rose D. Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Soc. Sci. Med*. 1985; 21 (2): 115-20.

426 Escobar A, González N, Quintana JM, Las Hayas C. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit*. 2005; 19 (5): 379-85.

427 Bernardini Zambrina DA, Bardach A, Barengo N, Macías Nuñez JF. El problema de las listas de espera. Percepción en adultos mayores del medio urbano. *Aten Primaria*. 2008; 40 (10): 531- 7.

428 Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22 (4):168-79.

429 Sampietro L, Espallargues M, Reina M, Marsó E, Valderas J, Estrada M. Opiniones, vivencias y percepciones de los ciudadanos en torno a las listas de espera para cirugía electiva de catarata y artroplastia de cadera y rodilla. *Aten Primaria*. 2004, 33 (2): 84-94.

430 Reclamaciones usuarios 2007 Portal Sacyl. [Internet]. [Consultado 15/01/2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/noticias>.

431 Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2010. Memoria de Resultados. [Internet]. [Consultado 10/01/2012]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/>

432 March J. Con vibraciones hacia la incorporación del marketing en los servicios sanitarios. Rev San Hig Púb. 1992; 66:177-8.

433 Martínez E, Rodríguez F, García M, León V, Junquera J, Nieto V. Utilidad del consejo escrito cardiológico en el paciente con síndrome coronario agudo. Rev Calid Asist. 2009; 24 (3): 131-2.

434 Lacey S, Grayt A. Demonstrating the positive impact of information support on patient care in primary care: a rapid literature review. Health Libraries Group. Health Information and Libraries Journal. 2006; 23: 118-25.

435 Aizpuru F. Barreras a la comunicación verbal y satisfacción del usuario en las consultas de medicina general. Gac Sanit. 1993; 7: 27-31.

436 Andrés M, García L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22 (4): 161-7.

437 Fernández de Sanmamed Santos MJ, Ballester Torrens M, Ariza González F, Casajuana Brunet J. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata: estudio mediante entrevistas semiestructuradas. Rev Esp Salud Pública. 2007; 81 (3): 289-305.

438 Infopaciente: Grupo de Trabajo: Criterios de calidad en la producción y difusión de información asistencial a los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud. Informe del Grupo de Trabajo. Toledo, 9 de julio de 2009. [Internet]. [Consultado 09/08/2012]. Disponible en: www.fundsis.org/doc/Informe-INFOPACIENTE.1.pdf.

439 Meneu R. Fuentes de información para usuarios y pacientes. Fundación Medicina y Humanidades. Revista Humanitas [internet] 2004. [Consultado 16/08/2012]; 1 (3): 127-37. Disponible en: www.fundacionmhm.org/paf/Mono3/Articulo/articulo11.pdf.

440 Gal I, Prigat A. Why organizations continue to create patient information leaflets with readability and usability problems: an exploratory study. Health Education Research. 2005; 20 (4): 485-93.

441 Domínguez C, Expósito J, García E. Análisis de la calidad de los documentos informativos destinados a pacientes con cáncer. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20 (7): 377-84.

442 March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Ruiz Azarola A, Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I, Danet A. Mejora de la información sanitaria contenida en los prospectos de los medicamentos: expectativas de pacientes y de profesionales sanitarios. Aten Primaria. 2010; 42 (1): 22-7.

443 Mayor B. Cómo elaborar folletos de salud destinados a los pacientes. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2008.

444 Diariomedico.com. Pacientes activos para reducir la variabilidad. [Internet]. [Consultado 10/11/2010]. Disponible en:

<http://www.diariomedico.com/2010/11/09/area-profesional/gestion/pacientes-activos>.

445 Maderuelo Fernández JA, Moreno González P, González Hierro M, Velázquez San Francisco I, González Casado MJ, Nogales Carpintero I. Guía Práctica de los Servicios de Atención Primaria de Salamanca. Valladolid: Junta de Castilla y León, Sacyl; 2010.

446 Ornstein S, Musham C, Reid A, Jenkins R, Sep L, Garr D. Barriers to adherence to preventive services reminder letters: The patient's perspective. The journal of family practice. 1993; 36 (2): 195-200.

447 Leong KC, Chen WS, Leong KW, Mastura I, Mimi O, Sheik MA, et al. The use of text messaging to improve attendance in primary care: a randomised controlled trial. Fam Pract. 2006; 23: 699-705.

448 Efectividad de una intervención basada en la entrevista motivacional y seguimiento por correo electrónico en el abandono del tabaquismo. [Internet]. [Consultado el 19/05/2013]. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/proyectos.htm#2013>

449 Lurio J, Morrison F, Pichardo M, Berg R, Buck M, Wu W, Kitson K, et al. Using electronic health record alerts to provide public health situational awareness to clinicians. J Am Med Inform Assoc. 2010; 17: 217-9.

450 Jiménez J, Salcedo M, García J. Necesidades y expectativas de información sobre salud en internet para adolescentes: Una prueba piloto. RevistaSalud.com. [Internet] 2007. [Consultada 10/10/2010]; 3: 10. Disponible en: <http://revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/157/413>.

451 Miguel I, Echevarría C, Ferrero E, Suárez P. Uso de internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de información sobre salud. Aten Primaria. 2011; 43 (6): 281-6.

452 Virji A, Yarnall K, Krause K, Pollak K, Scannell M, Gradison M, et al. Use of mail in a family practice setting: opportunities and challenges in patient- and physician-initiated communication. BMC Medicine. [Internet] 2006. [Consultado 10/10/2010]; 4:18 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/4/18>

453 Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León 2013. [Internet]. [Consultado 04/2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias>.

454 Meneu R. Fuentes de información para usuarios y pacientes. Fundación Medicina y Humanidades. [Internet] 2003. [Consultado 16/08/2012]; 3:127-137. Disponible en: www.fundacionmhin.org/pdf/mono3/articulos/articulo11.pdf

455 Revuelta G. Salud en España durante el período 2000-2009: aproximación a través del análisis de la prensa. Med Clin. (Barc). 2012; 138: 622-6.

456 Altés J, Ferrer F. E-yatrogenia: un nuevo riesgo clínico. Rev Calidad Asistencial. 2011; 26: 326-7.

457 Ciurana R, Comin E, Marquet R, Martín A. Oppur si muove: los avances de la medicina y su difusión en el último decenio. FMC. 2004; 11 (9): 535-9.

458 Diariomedico.com. Esteban M. Condena millonaria por mala campaña informativa vacunal. Diario Médico. 2010. [Internet]. [Consultado 09/07/2010]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2010/07/08/area-profesional/normativa/condena-millonaria>.

459 Hansen M, Fernández E. Gaceta sanitaria y los medios de comunicación, un año después. Gac Sanit. 2005; 19 (3): 184-5.

460 Salas S, Beca J. Los medios de comunicación y los avances biomédicos. Rev Méd Chile. 2008; 136: 1348-52.

461 Moreno J, Martínez J, Romero M, Domínguez M. La información sanitaria en la prensa diaria. Rev San Hig Púb. 1991; 65: 445-450.

462 Colegio Oficial de Médicos, Comisión central de deontología 2007. Informe sobre la imagen que los seriales médicos de la televisión ofrecen sobre los médicos y la profesión médica en general. [Internet]. [Consultado 06/08/2012]. Disponible en: <http://www.icomav.es/word/INFORME%20SOBRE%20MeDICOS-2.pdf>

463 Caylà J. Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública. Gac. Sanit. 2009; 23 (5): 362-4.

464 Ornstein S, Bearden A. Patient perspectives on computer-based medical records. The Journal of Family Practice. 1994; 38: 606-10.

465 Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL, et al. Trust and Sources of Health Information: The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings from the First Health Information National Trends Survey. Arch Intern Med. 2005; 165 (22): 2618-24.

466 Simon G, Vonkorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. BMJ. 2000; 320: 550-4.

467 Wennberg D, M.P.H., Marr A, Lang L, O'Malley S, Bennett G. A randomised trial of a telephone care-management strategy. N Engl J Med. 2010; 363: 1245-55.

468 Neal R, Hussain M, Allgar V, Lawlor D, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. BMC Family Practice. 2005, 6: 47.

469 Ràfols A. El uso del teléfono en la relación médico-paciente. Entrevista clínica. 2001; 8: 5.

470 Car J, Sheikh A. Telephone consultations. BMJ. 2003; 326: 966-69.

471 Efectividad del uso de una herramienta móvil añadida a una intervención estándar en la mejora de estilos de vida en población adulta. Ensayo clínico aleatorizado, Estudio EVIDENT II. PI12/00379. [Internet]. [Consultado 19/05/2013]. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/proyectos.htm#2013>

472 Ávila de Tomás JF. Aplicaciones para terminales móviles en salud. FMC. 2012; 19 (10): 613-20.

473 Solé F. Internet en medicina ¿Una ayuda, un problema, una causa de errores...?. Actas Urol Esp. 2003; 27 (3): 180-4.

474 Mota C, Planella M, Batalla C. ¿Doctor, qué sabe usted del síndrome de Cushing? Creo que yo lo padezco. FMC. 2011; 18 (2): 66-8.

475 Mayer M. La utilización de Internet entre los adolescentes, riesgos y beneficios. Aten Primaria. 2011; 43 (6): 287-8.

476 Bouche G, Migeot V. Parental use of the Internet to seek Elath information and primary care utilisation for their child: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2008; 8: 300.

477 Diario medico.com. Puigcerdá C, La segunda opinión por Internet provoca un 7 por ciento de cambios de diagnóstico en enfermedades graves. Diario Médico.com. [Internet] [Consultado 21/09/2011]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2011/07/19/areaprofesional/la-segunda-opinion>.

478 Hofbauer G, Neuhaus R, French L, Brockes M, Scheuer E. Patient-Centered Care in Dermatology: An Online System That Provides Accessible and Appropriate Information to Guide Patients' Decision Making. Arch. Dermatol. 2008; 144 (9): 1225-7.

479 Hassling L, Babic A, Lönn U, Casimir H. A web-based patient information system – identification of patients' information needs. Journal of Medical Systems. 2003; 27 (3): 247-57.

480 Diaz JA, Sciamanna CN, Evangelou E, Stamp MJ, Ferguson T. Brief report: GAT types of internet guidance do patients want from their physicians?. J Gen Intern Med. 2005; 20 (8): 683-5.

481 D'Alessandro D, Kreiter CL, Kinzer S, Peterson M. A randomised controlled trial of an information prescription for pediatric patient education on the internet. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158: 857-62.

482 Llinás G, Mira J, Pérez V, Tomás O. En qué se fijan los internautas para seleccionar páginas web sanitarias. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20 (7): 385-90.

483 García de Torres E. El papel ambivalente de los medios de comunicación digitales en la información sobre salud: un análisis de los medios informativos españoles en Internet, Revista Textos de la CiberSociedad. [Internet] 2008. [Consultado 01/03/2012]; 16: e1577-3760. Disponible en: <http://www.cibersociedad.net>.

484 Avila J. Tecnologías de la información y comunicación en atención primaria. FMC. 2012; 19 (6): 365-8.

485 Breen G, Wan T, Zhang N, Marathe S, Seblega B, Chun S. Improving doctor-patient communication: Examining innovative modalities vis-à-vis effective patient-centric care management technology. J Med Syst. 2009; 33: 155-62.

486 Fontaine P, Ross S, Zink T, Schilling L. Systematic Review of health information Exchange in primary care practices. J Am Board Fam Med. 2010; 23: 655-70.

487 Hill H, Stewart D, Ash J. Health information technology systems profoundly impact users: A case study in dental school. Journal of dental education. 2010; 74 (4): 434-45.

488 Baos Vicente V. La información sobre medicamentos en internet, un gran avance. Aten Primaria. 2009; 41 (7): 369-70.

489 Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. El adiestramiento en técnicas de terapia cognitivo-conductual y el aumento del conocimiento sobre la depresión proporcionados por Internet reducen los síntomas depresivos en personas que no reciben tratamiento. FMC. 2004; 11 (6): 349-70.

490 Casado S. El papel del blog en la relación médico-paciente. FMC. 2012; 19 (6): 318-20.

491 Ahmad F, Hudak P, Bercovitz K, Hollenberg E, Levinson W. Are physicians ready for patients with internet-based health information? J Med Internet Re. [Internet] 2006. [Consultado 08/08/2010]; 8: e22:1-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018833/>.

492 Gené J, Grau I, Sánchez E, Bernardo M. Klopi ha colgado un “post”. Aten Primaria. 2008; 40 (8): 385-6.

493 Lorca J. E-paciente: ¿Qué puede llevar a un ciudadano a definirse a sí mismo como “e-paciente”, y a promover que le imiten por todo el mundo? Revista eSalud.com. [Internet] 2010. [Consultado 25/09/2010]; 6 (21). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/364/717>.

494 Aldamiz L, Prieto J, Couce M, González D. Recursos on-line en el manejo de enfermedades raras. An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31 (Supl. 2): 145-52.

495 Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Web Médica Acreditada (WMA) - Colegio de Médicos de Barcelona. [Internet]. [Consultado 19/05/2013]. Disponible en: <http://wma.comb.es/>

496 Internet et sante la certification un moyen dameliorer la qualite des sites dedies a la sante. [Internet]. [Consultado 19/05/2013]. Disponible en: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607479/internet-et-sante-la-certificationun-moyen-dameliorer-la-qualite-des-sites-dedies-a-la-sante

497 HONcode: Guidelines. Definición operativa de los principios de HONcode. [Internet]. [Consultado 19/05/2013]. Disponible en: https://www.hon.ch/HONcode/Guidelines/guidelines_sp.html.

498 Mira J, Pérez V, Lorenzo S. Navegando en Internet en busca de información sanitaria: no es oro todo lo que reluce.... Aten Primaria. 2002; 33 (7): 391-9.

499 Blanco A, Gutiérrez U. Legibilidad de las páginas Web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76: 321-31.

500 Centro de Salud La Alamedilla. Página Centro de Salud Alamedilla. [Internet]. [Consultado 10/10/2010]. Disponible en: www.laalamedilla.org

501 Ausejo M, Cruz E. Implicaciones de la implantación de la “receta electrónica”. FMC. 2006; 13 (7): 331-3.

502 Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Octubre de 2006.

503 Isarankura C, Nantasenamat C, Dansethakul P, Saetum P, Laosrivijit S, Prachayasittikul V. Solving the barriers to diabetes education through the use of multimedia. Nursing and Health Sciences. 2010; 12: 58-66.

504 Ciardullo A, Luca M, Brunetti M, Daglio M. Impacto de una iniciativa de información sanitaria en atención primaria para los ciudadanos. Aten Primaria. 2003; 32 (4): 254-6.

505 Rodríguez Sánchez E, Patiño Alonso MC, Mora Simón S, Gómez Marcos MA, Pérez Peñaranda A, Losada Baltar A et al. Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: a randomized trial. Gerontologist. [Internet] 2013. [Consultado 20/7/2013]; 53 (3): 397-406. Disponible en: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22899425/>

506 Rodríguez Sánchez E, Mora Simón S, Porrás Santos N, Patiño Alonso MC, Recio Rodríguez JI, Becerro Muñoz C, et al. Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol. BMC Public Health. [Internet] 2010. [Consultado 20/10/2012]; 10: 599. Disponible en: <http://ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20849630/>

507 Vázquez Vela V, Faus Dáder MJ, Espejo Guerrero J. Atención farmacéutica a los inmigrantes del campo de Gibraltar. Aten Primaria. 2006; 38 (9): 528.

508 Romero R, Lora M, Cañete R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. Aten Primaria. 2001; 27: 12-7.

509 Sancho S, Vidal CL, Cañella R, Caldés M, Corcoll J, Montserrat M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria en Mallorca: Un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76: 531-43.

510 Serrano R, Rancla J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index de Enfermería. [Internet] 2010. [Consultado 16/08/2012]; 19 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermería/v19n1/7058.php>

511 Jeffrey L, MD, MPH, Kurt K, MD. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. Ann Intern Med. 2001; 134: 889-97.

512 Marple R, Kroenke K, Lucey C, Wilder J, Lucas C. Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. Arch Intern Med. 1997; 157: 1482-8.

513 Baena J, Atance R, Escribá J, Conesa A, Rivera D, Flores R. Percepción del consejo médico: ¿en todos los casos y a todos los pacientes por igual? *Gac Sanit.* 1999; 13: 46-52.

514 Ashford- R. An investigation of male attitudes toward marketing communications from dental service providers. *British Dental Journal.* 1998; 184 (5): 235-8.

515 Maubach N, Hoek J. New Zealand general practitioners' views on direct-to-consumer advertising (DTCA) of prescription medicines: a qualitative analysis. *NZMJ.* [Internet] 2005. [Consultado 10/10/2010]; 118, nº 1215. Disponible en: <http://journal.nzma.org.nz/journal/118-1215/1461/>

516 Rholf I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000; 14 (supl 3): 60-71.

517 López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva, Buenos Aires.* 2006 Enero-Abril; 2 (1): 61-74.

518 Conde F, Gabriel C. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 493-507.

519 Valls-Llobet C. Salud comunitaria con perspectiva de género. *Comunidad* [Internet] 2008. [Consultado 19/05/2013]; 10: 61-70. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/documentos3.pdf>

520 Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med.* 2004 May; 58 (10): 1869-87.

521 Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública.* 2009; 83: 393-405.

522 Tomás C, Moreno L, Germán C, Alcalá T, Andrés E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 215-26.

523 Seira M^a, Aller A, Calvo A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 713-21.

524 García Lanzuela Y, Matute Bravo S, Tifner S, Gallizo Llorens M E y Gil Lacruz M. Sedentarismo y percepción de la salud: Diferencias de género en una muestra aragonesa. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.* 2007; 7 (28): 344-58.

525 García Calvante M^a, del Río M^a, Pamela A. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak.* 2007; 44: 293-308.

526 OMS. The women's health and development program. Family and reproductive health. Ginebra: OMS; 1996.

527 Hoyo Lao A. Las diferencias sociales en la utilización y percepción del sistema sanitario español. Un estudio basado en el barómetro sanitario de 2008. *Economía Española y Protección social II*. 2010; 133-74.

528 Garcia Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004; 18 (supl 1): 132-9.

529 Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit*. 2004; 18 (supl 1): 56-68.

530 Carrasco-Portiño M, Ruiz M, Fernández J, Clemente V, Roca V. Desigualdades en el desarrollo geopolítico de género en España 1980-2005. Un determinante estructural de la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 13-28.

531 García-Calvente M, Del Rio M, Castaño E, Mateo I, Maroto G, Hidalgo N. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gac Sanit*. 2010; 24 (4): 293-302.

532 Colomer C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 91-3.

533 Delicado M, Candel E, Alfaro A, López M, García C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Aten Primaria*. 2004; 33 (4): 193-9.

534 Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assessment*. 2002; 32 (6): 45-51.

535 Carminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17 (1): 4-10.

536 Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003; 15 (5): 412-9.

537 Portero P, Cirne R, Mathieu G. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 577-84.

538 Cornellà J, Llusent A. La relación médico-adolescente. *An Sist Sanit Navar*. [Internet] 2002. [Consultado 30/01/2013]; 25 (2). Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup2/suple14a.html

539 Cornellà J, Llusent A. La atención a la salud integral de los adolescentes desde los servicios de Atención Primaria de Salud. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2001; 3: 561-76.

540 Hernan M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit*. 2004; 18 (supl 1): 47-55.

541 Castellano Barca G. Atención al adolescente en la práctica diaria. Problemas y soluciones. [Internet]. [Consultado 30/01/2013]. Disponible en:

www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&iddoc=223&show=1.

542 Saura S, Fernández M, Vicens L, Puigvert N, Mascort C, Gacía J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria*. 2010; 42 (3): 143-8.

543 Rivas G, Domínguez M, Astray J, Gènova R, Rodríguez A, Esteban M. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid. 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 835-46.

544 Demakakos P, Gjonca E, Nazroo J. Age identity, age perceptions, and health: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Ann N Y Acad Sci*. 2007 Oct; 1114: 279-87.

545 Gonzalo E, Pasarín M I. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit*. 2004; 18 (supl 1): 69-80.

546 Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. La evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75: 115-28.

547 Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliège D. Equity in prevention and health care. *J Epimemiol Community Health*. 2002; 56: 510-6.

548 Halldorsson M, Kunst AE, Köhler L, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *J Epimemiol Community Health*. 2002; 56: 200-4.

549 González E, Retes A, Odriozola N, Lapuente I. Metodología para conocer las demandas de los usuarios. Resultados 2004. *Aten Primaria*. 2006; 37 (8): 460-5.

550 Hill CE, Lambert MJ. Methodological issues in studying psychotherapy process and outcomes. En: Lambert MJ (ed), Bergin and Gardfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. 5ª ed. New York: Wiley; 2004, p. 84-135.

551 Strauss A. y Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia Colombia: Colección Contus, Editorial Universidad de Antioquia Colombia; 2002.

552 Guba E, Lincoln Y. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational communication and technology journal*. 1982; 30 (4): 233-53.

553 Tójar JC. Investigación cualitativa. Comprender y actuar. Madrid: La Muralla; 2006.

554 Elliot T, Fisher MT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*. 1999; 38: 215-29.

555 Finlay L. "Rigour"; "Ethical integrity" or "artistry" reflexively reviewing criteria for evaluating qualitative research. *British journal of occupational therapy*. 2006; 69: 319-26.

556 Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage; 1990.

557 Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatics, controversies, contradictions and emerging confluences. En: Denzin N, Lincoln Y. (eds). Handbook of qualitative research. 2ªed. London: Thousand Oaks Sage; 2000: p. 163-188.

558 Denzin NK, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. 2ªed. London: Thousand Oaks Sage; 2000.

559 Junta de Castilla y León, Sacyl. Población de Tarjeta Sanitaria de Castilla y León Diciembre 2011. Junta de Castilla y León. Sacyl. [Internet]. [Consultado 12/11/2012]. Disponible en:

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidad-cifras/poblacion-tarjeta-sanitaria-castilla-leon>.

560 Barberá Fons MA. Investigación cualitativa con grupos focales, sobre la experiencia subjetiva de los pacientes psicóticos con tratamiento neuroléptico. [Tesis doctoral]. Valencia. Universidad de Valencia; 2008. [Internet]. [Consultado 01/02/2012]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/10047>.

561 Esquerda M, Pifarre J, Gabaldón S. Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. FMC. 2009; 16 (9): 547-53.

562 Smith B. The médium iss the message ori s the message in the médium? J Perioper Pract. 2010; 20 (8): 267.

563 Castillo F. ¿Qué barreras perciben las personas con problemas de comunicación en la relación con el personal sanitario? Rev Paraninfo Digital. [Internet] 2011. [Consultado 10/10/2012]; 12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/174d.php>

564 Vázquez M, Terraza R, Vargas I, Lizana T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. Gac Sanitaria. 2009; 23 (5): 396-402.

565 Nápoles A, Santoyo J, Houston K, Pérez E, Stewart A. Patients perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. Blackwell Publishing Ltd, Health Expectations. 2005; 8: 4-17.

566 Rubel A, O'Neil C. Dificultades para expresar al medico los trastornos que aquejan al paciente: La enfermedad del susto, como ejemplo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Agosto 1979: 103-11.

567 Curtis E. Hablando español. Journal of the Massachussets Dental Society. 2006: 48.

568 Vall-Ilosera Casanovas L, Saurina Canals C y Saez Zafra M. Inmigración y Salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria de Girona. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 291-307.

569 Eriksson K. Access to health information: perceptions of barriers among elderly in a language minority. Information Research. [Internet] 2008. [Consultado 10/03/2012]; 13 (4): 368. Disponible en: <http://InformationR.net/ir/13-4/paper368.html>

570 Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K. Migrants`perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*. 2009; 56: 461-9.

571 Bischoff A, Denhaeynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*. [Internet] 2010. [Consultado 10/10/2011]; 10: 248. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/248>

572 Bauer A, Alegría M. Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services*: 2010; 61 (8):765-73.

573 Almagro M, Rojas M, Guix J, Garreta S, Ribot B, Arijia V. Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. *Creencias sobre salud y enfermedad. Aten Primaria*. 2010; 42 (5): 266-72.

574 Ahonen E, Porthé V, Vázquez M, García A, López M, Ruiz C, et al. A qualitative study about immigrant workers perceptions of their working conditions in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63 (11): 936-42.

575 Rivera B, Casal B, Cantanero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. *Gac Sanit*. 2008; 22 (supl): 86-95.

576 Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*. 2012; 44 (6): 358-65.

577 Fundación Telefónica. Las TIC facilitan el acceso a la información disponible relativa a la salud y la atención sanitaria. En: *La Sociedad de la Información en España 2012*. Colección Fundación Telefónica. 1º edición. Barcelona: Editores Fundación Telefónica y Editorial Ariel, SA; 2013: p. 48-49.

ANEXOS

Anexo I. Recursos en Internet con información sanitaria.

CCAA	Dirección Internet
Galicia	http://www.sergas.es/ Servicio Gallego de Salud.
Asturias	http://www.asturias.es/portal/site/astursalud Servicio Salud Principado de Asturias (SESPA).
Cantabria	http://www.saludcantabria.org/ Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. http://www.scsalud.es/informacion Servicio Cántabro de Salud.
País Vasco	http://www.osakidetza.euskadi.net/r85ghhome00/es?R01HPortal=r85&R01HPage=20315&R01HLang=es El Portal de la Sanidad Pública Vasca Osakidetza.
Navarra	http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadano/ Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.
La Rioja	http://www.riojasalud.es/ Consejería Salud se accede al Servicio Riojano Salud.
Castilla y León	http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es Portal Junta de Castilla y León enlaza a Sanidad (Sacyl) Salud Castilla y León.
Aragón	http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/ServicioAragonesSalud Portal Gobierno Aragón enlaza con Servicio Aragonés de Salud (Salud).
Cataluña	http://www20.gencat.cat/portal/site/salut Departament de Salut. http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/index.htm Servicio Catalán de Salud Cat Salut .
Islas Baleares	http://saluticonsum.caib.es/index.es.html Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears http://www.caib.es/govern/organigrama/area.do?lang=ca&coduo=273 Servicio de Salud de las Islas Baleares (Ib-Salut).
Madrid	http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud/Page/PTSA_home Servicio Madrileño de Salud (SaludMadrid).
Extremadura	http://www.juntaex.es/juntaex/consejerias/sanidad-dependencia/ses/ Consejería de Sanidad y Dependencia y al Servicio Extremeño de Salud (SES).
Castilla la Mancha	http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidadyas Consejería de Sanidad. http://sescam.jccm.es/web1/home.do Servicio de Salud (SESCAM).
Valencia	http://www.san.gva.es/ Consejería de Sanidad y Agencia Valenciana de Salud
Murcia	http://www.murciasalud.es/principal.php Consejería de Sanidad y Servicio Murciano de Salud.

Consultado el 07/03/2012. Fuente: Elaboración propia.

Anexo I. Recursos en Internet con información sanitaria (Continuación).

CCAA	Dirección Internet
Andalucía	http://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud.html Consejería de Salud de Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp Portal de salud de Andalucía. http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html Garantía de calidad del servicio de Salud de Andalucía.
Islas Canarias	http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/ Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias. http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/ Servicio Canario de Salud.
Ceuta	http://www.ceuta.es:8080/sanidad/principal/ Consejería de Sanidad y Consumo de Ceuta.
Melilla	http://www.melilla.es/melillaPortal/lacc_d3_v1.jsp?codMenu=2&language=es. Consejería de Sanidad y Consumo de Melilla.
Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad	http://www.msc.es/ Portal Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/organizacion/ccaa/directorio/home.htm Información de CCAA y organismos autonómicos de salud, consumo, servicios sociales e igualdad.
Portal de Salud de la Unión Europea	http://ec.europa.eu/health-eu/index_es.htm Portal de Salud de la Unión Europea.
Semfyc	http://www.semfyc.es/es/home/centro_salud Portal Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria enlace Población-Pacientes. Tu centro de salud.
SEMERGEN	http://www.semergen.es/semergen Portal Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
SEMES	http://www.semes.org/pacientes.php Portal Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias información usuarios.
Asociación de Enfermería Comunitaria	http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-la-comunidad/ Portal Asociación de Enfermería Comunitaria información a usuarios.
SEC	http://www.sec.es/informacion/index.php Portal Sociedad Española de Contracepción información usuarios
SALUDALIA	http://www.saludalia.com Portal de información de salud para usuarios supervisado por profesionales.

Consultado el 07/03/2012. Fuente: Elaboración propia.

Anexo II. Solicitud de colaboración personal a sanitarios de EAP.

Salamanca 2-5-07

Dentro del PLAN de MEJORA de Comunicación con el Usuario de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca se ha constituido un grupo de mejora específico para analizar las **“Necesidades de información del usuario en relación con los servicios sanitarios ofertados por Atención Primaria”**.

Para desarrollar este proyecto se utilizará la técnica de investigación cualitativa de los Grupos de Discusión. Para ello necesitaremos contactar con usuarios que deseen participar en los mismos.

Queremos solicitar tu colaboración para la identificación de personas que puedan participar en el desarrollo de los grupos. Tu labor consistirá exclusivamente en facilitarnos una lista de pacientes de tu cupo entre 18 y 80 años con la información que se indica en la hoja de registro que se adjunta. El contacto con los pacientes lo realizará un miembro del grupo de mejora. Los motivos de exclusión son: ser sanitario o familiar directo, padecer enfermedad mental grave o padecer cualquier tipo de limitación o discapacidad que dificulte la comunicación oral.

Para no dilatar en exceso el proyecto, te agradeceríamos que nos facilitaras la información que te solicitamos antes del 12 de mayo.

Te damos las gracias por adelantado por tu colaboración y nos comprometemos a informarte de los resultados que obtengamos. Para cualquier aclaración o duda puedes ponerte en contacto con Mercedes Bernad en el ***** (nº de teléfono).

Un saludo

José Ángel Maderuelo Fernández
Responsable de Calidad
Gerencia de Atención Primaria

Mercedes Bernad Vallés.
Médico de Familia
Centro de Salud de San Juan

PD. Dejar las fichas de recogida de datos en el área administrativa y yo pasaré a recogerlas o enviármelas por valija al CS de San Juan **¡gracias!**

Fuente: Elaboración propia.

Anexo III. Hoja de recogida de datos de contactos.

Centro de Salud	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermera	
Nombre y apellidos:			
Grupo de edad:	<input type="checkbox"/> 18-30	<input type="checkbox"/> 31-64	<input type="checkbox"/> 65-80
Sexo:	<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Mujer	
Teléfonos de contacto:			
Nivel de estudios:	<input type="checkbox"/> Educación obligatoria, ESO o sin estudios.		
	<input type="checkbox"/> Educación superior: bachiller, COU, estudios universitarios		

Fuente: Elaboración propia.

Anexo IV. Hoja explicativa para participantes.

Gracias por participar en la realización de este estudio.

Su aportación consistirá en acudir a una reunión, en la que nos interesaremos por su opinión y lo que usted conoce sobre cuestiones relacionadas con la Atención Primaria. El objetivo es mejorar los servicios que prestamos a la población.

Le agradecemos por adelantado su inestimable colaboración y próximamente nos pondremos en contacto con usted para concretar los detalles de la reunión: el lugar, el día y la hora.

Si conoce a otras personas interesadas en participar, puede facilitarnos sus datos cuando contactemos con usted.

El grupo de trabajo

Fuente: Elaboración propia.

Anexo V. 4. Consentimiento informado.



Gerencia de Atención Primaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Gerencia de Atención Primaria de Salamanca está realizando un estudio para identificar posibles líneas de intervención para mejorar la calidad de vida laboral de los profesionales de Atención Primaria, para lo cual se utilizará la técnica de los “Grupos de Discusión”.

Usted ha sido seleccionado/a para participar en el desarrollo de dichos Grupos como profesional sanitario que desarrolla su labor en el ámbito de la Atención Primaria de Salamanca.

Con la finalidad de poder analizar adecuadamente las opiniones de los participantes y obtener el máximo aprovechamiento de la sesión de trabajo, se realizará una grabación de audio y video de la reunión.

Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la intimidad y confidencialidad de todos los datos personales que se obtengan para la realización de este estudio, sometiéndose al régimen de protección establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normas reglamentarias que la desarrollan. La grabación no será utilizada de forma pública, ni con otro fin distinto al de la investigación o la docencia y ninguna persona será identificada personalmente en la comunicación y publicación de los resultados.

D/Dña.: declaro que he recibido y comprendido la información que me ha sido facilitada sobre mi participación en la reunión arriba indicada y sobre la grabación por medios audiovisuales de la misma. Estando de acuerdo con lo que se me ha informado y con lo expuesto en este documento, CONSIENTO la grabación de la reunión que se celebrará en Salamanca el día 28 de junio de 2007 y el análisis posterior de la información.

Firma del participante en el Grupo de Discusión


C/ Arapiles, 25-33 • 37007 Salamanca
Teléfono 923 290 903

Anexo VI. Definición de categorías

1. Necesidades de información sobre salud y enfermedad.

Necesidades de información sobre Salud. Los usuarios solicitan contenidos informativos para mantener su estado de bienestar óptimo. Reconocen que los sanitarios de AP (médico y enfermera) son los adecuados para esa función que habitualmente desarrollan.

Necesidades de información sobre prevención de la enfermedad. Los usuarios reivindican contenidos informativos que les ayuden y sirvan para evitar la aparición de las enfermedades. En este apartado también se considera importante la función de la AP, pero se amplía a los medios de información masivos.

Hábitos saludables. Incluyen referencias a comportamientos que contribuyen al mantenimiento de la salud. Hacen referencia a la alimentación, el ejercicio y otros comportamientos que consideran saludables como la lactancia materna.

Alimentación. Aluden a todo lo relacionado con el aporte de nutrientes. Sus comentarios aluden tanto a la comida como la bebida. Se refieren especialmente a la composición de los alimentos (grasa), a su condimentación (sal) y a otros acompañantes (vino).

Nutrición. Es la suma de los procesos que participan en la ingestión de los nutrientes, la asimilación y utilización de los mismos. Los participantes utilizan este término expresando una alimentación adecuada que cubra las necesidades del organismo y ayude a mantener la salud.

Dietas. Se refieren con este término a determinados tipos de alimentación adecuados para patologías concretas como: el exceso de peso con dietas hipocalóricas, las recomendadas para determinadas enfermedades o factores de riesgo: dislipemia, diabetes, hipertensión, etc.

Ejercicio. La actividad física que se realiza, para mantener el óptimo estado de salud.

Lactancia. Es la alimentación con la leche materna. Considerada como una actividad preventiva de complicaciones para el hijo y un hábito saludable o una tendencia a promover entre las madres.

Actividades preventivas. Las intervenciones o modificaciones que se realizan para evitar o prevenir la aparición de enfermedades.

Vacunaciones. Inoculación en el cuerpo de una sustancia con la finalidad de inducir inmunidad. Actividad consistente en inmunizar, exponer a las personas a parte de los antígenos de una enfermedad, con el fin de desarrollar inmunidad, es decir anticuerpos que les protejan en caso de contacto con la enfermedad.

Gripe. Enfermedad frecuente y febril causada por virus de gripe de curso agudo y generalmente autolimitado. Su campaña de vacunación anual es ampliamente conocida y valorada por los participantes.

Prevención de accidentes. Aluden a los conocimientos o las habilidades que debería tener para evitar la aparición o minimizar los efectos de los accidentes. Los clasifican y enumeran en diferentes tipos:

- Accidentes de tráfico. Los que ocurren en relación con la circulación y el tráfico de vehículos. Ocupan el discurso de los participantes por la gravedad de sus consecuencias para la vida y la salud del que los padece y de su entorno.

- Accidente doméstico. Los que suceden en relación con la estancia o las actividades que se desarrollan en el domicilio.

- Accidentes laborales. Los que ocurren en relación con la actividad y el trabajo fuera de casa.

Prevención malformaciones gestación. Aluden a las actividades preventivas recomendadas durante el periodo del embarazo como: los tratamientos farmacológicos (ácido fólico, yodo) o las revisiones (físicas, analíticas, ecográficas) que deben hacerse durante este período para evitar la aparición o realizar la detección precoz de problemas de salud de la madre o del hijo como algunas malformaciones.

Planificación familiar. Las actividades que se programan para evitar embarazos no deseados. Precisan un control, revisiones y seguimiento.

Hábitos perjudiciales. Se refieren en esta categoría a las conductas que producen un perjuicio para la salud, claramente conocido y asimilado por la población. Incluyen referencias al tabaco, el alcohol y otras drogas.

Tabaco. Hábito perjudicial que consiste en inhalar el humo del tabaco.

Drogas. El consumo de cualquier tipo de drogas es considerado como un hábito perjudicial. Preocupa especialmente su efecto y relación con los jóvenes en un grupo de mayores sin estudios superiores.

Alcohol. El consumo de alcohol se considera en el discurso como un hábito perjudicial. Preocupa especialmente, igual que el consumo de drogas, su relación con los jóvenes y su implicación en los accidentes de tráfico.

Factores de riesgo. Solicitan información acerca de las características (modificables o no) de las personas que les predisponen o aumentan su riesgo

para padecer algunas enfermedades. Incluyen los antecedentes familiares o los riesgos personales por sus características de edad, sexo, etc.

Detección o diagnóstico precoz de enfermedades. Señalan la importancia de la información que permita el diagnóstico de la enfermedad en sus estadios iniciales, lo más pronto posible, incluso antes de que aparezcan los síntomas.

Chequeos o Revisiones. Se refieren a reconocimientos médicos generales, examen, control, verificación del estado de salud que se realicen periódicamente. Detallan su contenido variable (anamnesis, exploración física, analítica, etc.) que se realiza en personas asintomáticas por razón de sus características de edad o sexo, o factores de riesgo y que permitan detectar y tratar lo antes posible las enfermedades.

Síntomas o signos de alerta. Aluden a la necesidad de información sobre manifestaciones subjetivas u objetivas indicativas de la existencia de una enfermedad, que deben conocer para poder sospechar una enfermedad y consultar con el sistema sanitario de atención primaria por si pudiera tratarse del inicio de una enfermedad importante o que precisa más estudios.

Técnicas básicas de primeros auxilios. Solicitan formación e información sobre situaciones en las que es necesaria una actuación urgente que mejore la recuperación, la evolución o el pronóstico de algunas situaciones como los accidentes (de tráfico, domésticos y laborales), los atragantamientos, los desvanecimientos y las caídas o traumatismos casuales.

Necesidades de información sobre la enfermedad. Exponen detalladamente la información que desean obtener cuando se les diagnostica una enfermedad. La enfermedad se define como la desviación del estado normal de salud que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos.

Enfermedad. Se refiere a la necesidad de información por un proceso patológico concreto que padece el usuario que consulta al servicio sanitario de AP. El interés se centra en referencias a enfermedades frecuentes y banales, enfermedades concretas y por último se relacionan las enfermedades que generan mayor debate en los grupos.

- Enfermedades frecuentes y banales. Puntualizan la información que solicitan acerca de enfermedades consideradas de escasa gravedad cuya aparición bruscamente, generadoras de gran incapacidad y generalmente autolimitadas. Señalan a la gripe y las alergias. Desean tener información para reconocerlas y no equivocarse en el diagnóstico y aumentar sus conocimientos mejorando su actuación, manejo general y farmacológico.

- Enfermedad específica. Se refieren a enfermedades de mayor gravedad por su duración, sus efectos o consecuencias. Las necesidades informativas en este caso son más numerosas entre los participantes.

Síntomas. Datos subjetivos de enfermedad o situación del paciente, aluden a cómo el paciente percibe y describe las sensaciones, las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Causas de los síntomas. Desean tener información sobre el origen y los mecanismos que producen las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Diagnóstico. El arte de diferenciar una enfermedad de otra y ponerle el nombre a la enfermedad. Para ellos es muy importante conocer el diagnóstico realizado.

Evolución. Desarrollo según el curso del desarrollo previsible de la enfermedad. Desearían conocer si se trata de una enfermedad aguda y autolimitada o si por el contrario la evolución será crónica, también solicitan información sobre la posibilidad de aparición de complicaciones.

Pronóstico. Solicitan información referida a la proyección de los probables resultados finales del padecimiento de una enfermedad, las posibilidades de recuperación de una enfermedad a juzgar por la naturaleza y los síntomas del caso. Preocupan también las consecuencias a largo plazo, su gravedad para la vida así como las revisiones y el seguimiento que deben realizar. Solicitan información sobre su frecuencia, su contenido (anamnesis, exploración física, analítica, otras exploraciones complementarias) y los resultados.

Tratamiento. En el tratamiento incluimos las referencias que hacen a cuidados en general y a tratamiento farmacológico. Solicitan información detallada de las medidas de asistencia y cuidado de los pacientes según su diagnóstico. La finalidad es combatir los efectos, los trastornos y las consecuencias en los pacientes para ese diagnóstico. Solicitan información sobre las diferentes opciones del tratamiento.

Cuidados. Se reseñan los servicios esenciales o de utilidad para promover, conservar y restablecer la salud y el bienestar en general para su enfermedad. Incluyen la alimentación, los hábitos, el modo de vida, la información sobre recursos complementarios (trámites a realizar, recursos disponibles, apoyos, ayudas), los cuidados preventivos para evitar el avance y los cuidados paliativos.

Tratamiento farmacológico. Combatir las enfermedades por medio de los medicamentos. Incluye información sobre efectos secundarios o no deseados, las posibles interacciones. También esperan ser informados sobre la retirada de fármacos, las modificaciones de tratamientos, el uso de medicamentos genéricos.

Derivación a consulta atención especializada. Específicamente solicitan información sobre la remisión a consulta de otros médicos especialistas del hospital. Detallan y pormenorizan los múltiples contenidos informativos que desean obtener entre ellos:

- Motivo de la derivación. Las causas que hacen que su médico de AP les envíe a otra consulta. Conocer si es por falta de acceso a pruebas complementarias o a tratamientos que necesite, si es por gravedad o empeoramiento del proceso.

- Libre elección especialista. Decidir libremente, tras recibir información adecuada, el especialista que les atenderá, es para ellos un derecho muy importante. Puntualizan los contenidos informativos que desean conocer además de los listados con los nombres de los especialistas y los tiempos de espera.

Listas de espera. El tiempo previsible que habrá que esperar a que se desarrolle la consulta, es una información necesaria antes de decidir sobre la elección.

Información cualificada. Desean disponer de información sobre los especialistas entre los que pueden elegir. Solicitan que la información incluya las características o habilidades tanto clínicas en relación con el manejo de enfermedades, como de comunicación o de información durante la relación con el paciente, como en su estilo informativo que les permita elegir al médico que mejor se adapte a sus necesidades.

Efecto etiqueta. Se incluye en esta categoría aportaciones realizadas en diferentes grupos que aluden al efecto de causa en el proceso diagnóstico los antecedentes patológicos personales. Así expresan que ante consultas por cualquier motivo, sus enfermedades previas o características como la edad, inducen comportamientos diferentes en los profesionales.

Información a familiares. Aluden a la necesidad de informar a los familiares de forma detallada ante enfermedades que cursan con deterioro o limitación en las capacidades del enfermo.

Recursos disponibles para esa enfermedad. Apuntan la necesidad de información completa, desde el inicio del proceso, sobre todos los recursos complementarios que pueda necesitar ese enfermo. Información integral de recursos independientemente de su titularidad pública, privada, asociaciones, ONG, etc.

2. Necesidades de información sobre el servicio sanitario.

Organización de AP. Como conjunto de personas que realizan su trabajo en el ámbito de la AP y los medios que utilizan para alcanzar como fin determinado la atención sanitaria de los usuarios en este nivel asistencial.

Servicios disponibles en AP. Desean conocer la oferta de servicios que existe en AP, los requisitos, el modo de acceso, los horarios, las direcciones, los teléfonos de cada servicio, etc.

Consulta. La consulta es la acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado. En ella se produce la deliberación sobre el contenido de la demanda que incluirá en su caso el diagnóstico y tratamiento del proceso patológico. Solicitan información sobre los diferentes tipos de consulta.

- Consulta demanda. Es aquella que se concreta por solicitud espontánea del usuario.

- Consulta programada o concertada. Acordada entre el sanitario (médico o enfermería) y el paciente con antelación.

- Consulta urgencias o urgente. Es la que se realiza por necesidad grave de cuidados médicos inmediatos es decir, en el menor tiempo de espera posible. Se solicita con este carácter por el paciente ante la gravedad, la brusquedad o la incapacidad que genera los síntomas que se manifiestan. Solicitan información sobre los lugares, horarios y forma de acceso a la atención de urgencias tanto en AP como en el hospital.

- Consulta en centro de salud. La que se realiza en las instalaciones destinadas a la atención de pacientes como centro de salud, consultorios, etc.

- Consulta en domicilio. La que se realiza fuera del CS en el domicilio del paciente.

Unidades de apoyo en AP. Son otros profesionales que realizan su atención en el ámbito físico de la AP, formando parte de los servicios que se ofrecen a la población desde este nivel asistencial. Abarca un amplio conjunto de especialidades como: fisioterapia, psicología, psiquiatra, estomatología, oftalmología, ginecología, matrona, etc.

Otros Recursos. Se refieren a tener información sobre otros servicios complementarios que pueden ser necesarios para el paciente aunque no dependan de la administración de AP: CEAS, ONG, otros trabajadores sociales ayuntamientos, recursos privados, asociaciones.

Profesionales del equipo de atención primaria (EAP). Sus componentes y sus funciones. Integrado por médico, pediatría, enfermería, matrona, administrativo, trabajador social. Solicitan más información sobre la composición del equipo, la organización de los profesionales de AP, sus funciones, sus horarios y los requisitos o la forma de acceso.

Contenidos de consultas. Hacen referencia a las diferentes actividades o motivos que generan la solicitud de la consulta. Se incluyen de diferentes tipos:

- Actividades preventivas. Las vacunas y el calendario de vacunación, los programas detección de cáncer, las revisiones periódicas de salud o chequeos, etc.

- Asistencia por enfermedad. Tipo de enfermedad: aguda o crónica; tipo de asistencia: urgente o programada (cita previa, demanda).

- Actividad burocrática administrativa. Las recetas de tratamientos crónicos, los partes de incapacidad temporal para el trabajo, los certificados de salud, los reconocimientos médicos, etc.

- Otras consultas. Los participantes refieren que en ocasiones los pacientes van a consulta para hablar de sus problemas personales o familiares apareciendo diferentes posiciones ante ello con participantes que opinan que no es procedente actuar así y otros que entienden que en ocasiones hablar también tiene su capacidad para resolver problemas incluso de salud.

Otros servicios complementarios. Se refieren a técnicas disponibles recientemente en el centro de salud que son percibidas favorablemente por la comodidad para los usuarios por su cercanía y la rapidez de su realización y sus resultados. Por la insistencia de los comentarios destacan:

- Laboratorio. Incluye servicio de extracción de muestras de sangre para el análisis en el laboratorio y la recogida de otro tipo de muestras (orina, heces, flujos, descamación, aire, exudados, etc.) para su traslado y proceso en el servicio de laboratorio hospitalario.

- Radiología. Incluye la realización de técnicas radiológicas: radiografías y ecografías que se realizan como pruebas complementarias en el ámbito físico de AP que aumentan sus posibilidades diagnósticas.

Accesibilidad al sistema sanitario de AP. Incluye las facilidades que se tienen para conseguir la atención sanitaria en AP.

Área administrativa. Se refiere al personal administrativo que atiende al público en el CS gestiona las solicitudes de atención sanitaria en sus diferentes modalidades (centro, domicilio, urgencias, programada, demanda, etc.), los trámites administrativos de tarjeta sanitaria, las reclamaciones y otros derechos de los usuarios, etc. En el mostrador o por teléfono.

Modo de acceso a servicios. Alude a los trámites necesarios para conseguir la atención médica o gestionar la cita con los servicios. Conocen diferentes modalidades:

- Directamente. Solicitando consulta a ese servicio, presentándose en las instalaciones.

- Remitidos por MAP. Necesita previamente solicitar consulta con médico de AP que tras la valoración de los motivos o circunstancias, les remite a otro servicio.

Horarios de servicios disponibles. Solicitan información acerca de los horarios, las direcciones y los teléfonos de los centros de atención. También incluyen referencias a difundir información sobre la zonificación de los servicios, conocer según la calle en la que viven a que CS se pertenece.

Horarios de consultas. La información acerca del lugar y la franja horaria de los servicios disponibles de consulta en AP.

Horarios de urgencias. La información acerca del lugar y la franja horaria de los servicios disponibles de urgencias, tanto en primaria como en el hospital.

Citas a consultas de AP. Los usuarios solicitan información en relación con la atención en la consulta de AP.

Listas de espera en consulta AP. Consideran que hay lista de espera cuando no se consigue cita el mismo día o al día siguiente de la solicitud.

Retrasos en la atención en consulta. El tiempo de espera entre la hora concertada para la cita y la hora real en la que se realiza la atención. Solicitan información sobre el tiempo medio de espera.

Información sobre cambios. Solicitan información sobre los cambios, las incidencias o modificaciones de última hora o por imprevistos en las consultas de AP.

Información sobre citas a consultas de AE. Solicitan información del proceso de remisión de un paciente a otro médico del servicio especializado. Desean conocer:

- Lista de espera en AE. Información sobre los plazos de prestación de los servicios o atención en las consultas que tiene el sistema sanitario. Esta información la consideran básica para así poder decidir si esperar o buscar otras opciones de consulta.

- Información completa de las citas. Requieren información más completa sobre las condiciones en las que se desarrollará la consulta concertada: el nombre del médico que la realizará, el día, la hora y el lugar, etc.

Prestaciones y otros recursos. Necesidades de información sobre prestaciones y otros recursos para la atención a los enfermos. Solicitan información sobre el lugar y la forma de solicitarlos y conocer los diferentes tipos de recursos disponibles.

-Lugar y forma de solicitarlos. Necesitan conocer el lugar o el organismo ante el cual se pueden solicitar, así como los requisitos que es preciso cumplir para obtenerlos.

- Tipos de recursos y prestaciones. Los diferentes tipos de recursos y prestaciones para enfermedades concretas. Entre las prestaciones ó accesorios sobre los que solicitan información se incluyen: sillas de ruedas, órtesis, corsés, muletas, pelucas, prótesis, recetas con visado o informe médico. También solicitan información sobre otros servicios o recursos socio sanitarios como el transporte sanitario en ambulancias, la ayuda a domicilio, las pensiones, las asociaciones (apoyo grupal), la valoración de discapacidades, las viviendas tuteladas, los tipos de ingresos hospitalarios de los pacientes psiquiátricos: voluntarios / involuntarios, los pacientes que viven solos, el reembolso de gastos, etc.

Coordinación de la información del sistema sanitario. Solicitan que la información proporcionada al paciente en el proceso de la atención sea consensuada, concertada, compartida y homogénea. Requieren que esta coordinación incluya tanto a todos los profesionales que atienden al enfermo en el mismo o en diferentes niveles asistenciales.

- Coordinación entre niveles asistenciales AP y AE, que atienden al mismo usuario, de forma secuencial o simultánea deben proporcionar información coordinada.

- Coordinación entre diferentes profesionales. En el mismo nivel asistencial los diferentes profesionales involucrados en la atención a ese paciente: médico, enfermería, administrativos, deben coordinar su información en contenidos y medios para mejorar el resultado informativo.

Otros trámites o "Papeleos". Hacen referencia a los trámites administrativos para acreditar con la tarjeta sanitaria el derecho a la atención sanitaria y el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios.

Tarjeta sanitaria. Aluden a cada uno de los estados o diligencias que hay que recorrer para en el CS necesarios para obtener la tarjeta sanitaria. Este es el documento que acredita el derecho a la obtención de la atención sanitaria. Se precisan actuaciones en diferentes situaciones como: la renovación de tarjetas cuando caducan, la inclusión de beneficiarios, la atención sanitaria a españoles en el extranjero, la atención sanitaria a los extranjeros en España, la atención sanitaria desplazados de su domicilio habitual, por variados motivos de españoles en España con tarjeta sanitaria de otro centro de salud (desplazados).

Desplazados. Se refiere a los usuarios procedentes de localidades distintas a las que solicitan la atención (incluyen: tarjeta de otra comunidad, tarjeta de otro municipio).

Derechos y deberes de usuarios del sistema sanitario. Solicitan información para conocer los derechos asistenciales, oferta de servicios,

plazos, información para reclamaciones y quejas. Deberes como usuarios del sistema sanitario.

Libre elección de médico AP y AE. Es el derecho de los usuarios para seleccionar, entre los posibles ofertados, al médico que les atenderá se refieren a ello tanto para la atención primaria como para la atención especializada. Dan gran importancia a este derecho básico para ellos y solicitan más información de la que disponen actualmente para poder ejercer la libre elección. Para ello solicitan dos tipos de contenidos informativos: sobre el procedimiento de la libre elección y sobre las características detalladas de los profesionales a elegir.

Cambio de médico. Incluye la necesidad de información relacionada con las modificaciones en el personal sanitario que les atiende. Detallan los diferentes tipos de cambio de médico.

- Directamente por la administración sanitaria. Promovidos y realizados directamente por la administración sanitaria. Como consecuencia de modificaciones en las plantillas, por la resolución de procesos de selección de personal o por la organización del servicio y la distribución de la función asistencial.

- Solicitadas por el paciente. Las tramitadas por solicitud del usuario.

Procedimiento. Solicitan información detallada del procedimiento necesario para ejercer la libre elección y solicitar el cambio de médico. Los requisitos, los motivos y las consecuencias o notificaciones que conlleva posteriormente.

Información sobre servicios sanitarios. Incluye la información que consideran deben poseer para poder elegir el profesional más adecuado para su atención.

- Información cualificada. Información sobre los profesionales que incluya no solo los datos administrativos (nombre y apellidos, tiempo de lista de espera para su consulta) sino también las características personales o el estilo del profesional, tanto en el trato y la relación con los usuarios, como en su estilo informativo e incluso en su afinidad o resultados para ciertas enfermedades).

- Listados de médicos. Solicitan que se les facilite información con listados de médicos entre los que pueden ejercer la libre elección.

Derechos asistenciales. Aluden en sus intervenciones a la necesidad de conocer detalladamente las características del servicio asistencial que se les va a proporcionar.

Servicios. Desean obtener información sobre los servicios disponibles.

Plazos. Solicitan información sobre los plazos temporales de prestación de los servicios asistenciales.

Reclamaciones y quejas. Necesitan información sobre esta forma de participar en el sistema sanitario para ejercer la defensa de sus derechos y la mejora del servicio con sus aportaciones.

- Procedimiento. Solicitan información acerca del procedimiento para ejercer el derecho a interponer reclamaciones y quejas.

- Plazos. Se refieren al ámbito temporal en el que se puede ejercer el derecho a reclamar o en el que se puede esperar una contestación.

- Efecto de la contestación. Debaten acerca de la dificultad para obtener consecuencias resolutorias para su motivo de reclamación.

3. Medios de información.

Los diferentes tipos de medios de información y la utilidad que consideran más adecuada.

Medios de información: Información: acción y efecto de informar o informarse. Informar: enterar dar noticia de una cosa. Se refiere a los vehículos a través de los cuales el servicio sanitario hace llegar la información al usuario. Incluye múltiples tipos según el soporte (escritos, teléfono, medios de comunicación audiovisuales o escritos, medios de información nuevas tecnologías) y el contenido de la información (hábitos saludables, actividades preventivas, enfermedades, servicios disponibles, recursos complementarios, etc.).

Escritos.

Guía. Lista impresa de datos o noticias referentes a servicio sanitario de AP. Tratado en el que se dan preceptos para encaminar o dirigir en la utilización de servicios de AP. Un catálogo es una relación ordenada en la que se describen o incluyen de forma individual los servicios de atención sanitaria que están relacionados entre sí. Se refiere a un catálogo o folleto extenso, en formato papel en el que se encuentre información útil, actualizada periódicamente, completa e integral (recursos públicos y privados). Sus contenidos pueden ser variados.

Guía de información de servicios y organización. Se refiere a un catálogo, en papel que permita conocer y consultar en casa información útil, actualizada, integral y completa sobre los recursos y servicios sanitarios. Debe incluir las direcciones, los teléfonos, los horarios y las calles de la zona de influencia de los centros de salud. Los diferentes recursos de AP, hospitalarios, servicios sociales y asociaciones. Así como los listados de médicos de AP y AE, entre los que se puede ejercer la libre elección y por último, las preguntas frecuentes que se hacen los usuarios que utilizan los servicios.

Otras guías. Guías útiles sobre contenidos informativos: enfermedades (para enfermos y familiares), deberes y derechos del usuario del sistema sanitario, hábitos saludables, etc.

Carteles. Definidos de forma genérica como piezas de papel, de tela o lámina de otra materia, en la que hay inscripciones o figuras y que se exhibe con fines noticieros, de anuncio, de propaganda, etc. Medio de información escrita que anuncia mediante texto escrito y dibujos información sanitaria en el CS. Los contenidos informativos para los cuales se consideran útiles son variados.

- Carteles informativos. Diferentes tipos: enfermedades, asociaciones, campañas y hábitos saludables. Otros carteles considerados de interés son los que informan sobre actividades y reuniones que se organicen en el CS.

- Directorio. Se refieren a carteles de señalización física del CS de diferentes tipos.

- Paneles informativos. Paneles situados a la entrada del centro sanitario que contengan datos relativos a:

- Los profesionales que trabajan en ese CS (nombres y apellidos de todo el personal: médico, enfermeras, administrativos, trabajador social...).

- Los servicios, como la organización y localización de la atención a las urgencias.

- Los horarios.

- La localización física de las consultas.

Carteles informativos en las puertas. Consideran que debe contener información tanto del tipo de actividad como del profesional que realiza la atención. Solicitan información en las puertas de las diferentes dependencias que incluya el nombre de quién atiende y la actividad que se realiza.

Folleto. Definido como obra impresa, no periódica, sin bastantes hojas para formar un libro (más de cuatro páginas y menos de cincuenta). Hacen referencia a éste medio de información escrito, de extensión más corta que la guía como útil vehículo de información sanitaria. Los contenidos informativos adecuados serían:

- Servicios y organización CS (atención en consulta y de urgencia).

- Enfermedades

- Actividades preventivas (vacunas, frecuencia revisiones).

Correo. Es el servicio público que tiene por objeto el transporte de la correspondencia oficial o privada. Correspondencia conjunto de cartas que se reciben o expiden.

Correo Postal. Medio de comunicación de información escrito del sistema sanitario que hace llegar a los usuarios en su domicilio.

Carta. El correo postal en papel nominal. Las consideran útiles para facilitar información personalizada sobre actividades preventivas en base a las características: la edad y el sexo del destinatario, los riesgos específicos para determinados diagnósticos y enfermedades, así como para concertar revisiones de enfermedades crónicas.

Buzoneo. Correo postal informativo indiscriminado en la zona de influencia del CS. Útil para: la información general sobre organización y servicios, el necesario marketing del CS, difundir la oferta de actividades preventivas y los cuidados de salud.

Correo electrónico. Las mismas utilidades que el correo postal por carta, personalizado pero a través del ordenador.

Otros medios de información escritos. Incluyen los libros sobre salud o enfermedad, la prensa sanitaria y los cuentos para niños.

Libros de salud. Definido el libro como el conjunto de más de 49 hojas de ordinariamente impresas que se han cosido o encuadernado juntas con cubierta de papel, cartón, pergamino u otra piel y que forman un volumen. En

nuestro contexto hacen referencia a ellos como recopilación de conocimientos sobre salud, actividades preventivas, hábitos de vida saludables que utilizan como medio de información general.

Prensa sanitaria. La prensa es el conjunto o generalidad de publicaciones periódicas y especialmente diarias. Es un medio de comunicación escrito, que se publica de forma periódica de contenido específicamente sanitario que estaría a disposición de usuarios en el CS, o en la farmacia (periódico de la farmacia, diario médico, revistas).

Cuentos para niños. Narraciones que ayudan a los niños a comprender sus enfermedades o las de sus familiares.

Medios de Comunicación e información. Los Medios de comunicación son los órganos destinados a la información pública. Hay diferentes tipos según el formato que utilicen.

Televisión. Transmisión de imagen a distancia valiéndose de ondas hertzianas. Se otorga gran importancia a este medio de información en varios grupos por alcanzar a un gran volumen de población. Tipo según difusión del canal televisivo o el programa utilizado detallan diferentes tipos con repercusión y alcance también diferentes.

- Televisión local. Piden que exista una televisión local con programación sobre salud y enfermedad.

- Televisión nacional. Llega la información a amplia grupo de población de todo el país.

- Anuncios. Mensajes breves, útiles para contenidos informativos sobre: campañas de detección precoz, prevención, hábitos saludables, enfermedades.

- Noticias. Información actualizada sobre los mismos contenidos. Destacan por su amplia difusión las que se incluyen en los telediarios.

- Programas salud. Programas divulgativos específicos como “Saber vivir”.

Radio. Es la emisión radiotelefónica destinada al público.

Prensa escrita. Medio de información impreso que se publica en determinados intervalos de tiempo. Prensa escrita general incluye los periódicos, los suplementos, las revistas. Detallan como la información del sistema sanitario a través del periódico se puede realizar en diferentes formas según el vehículo seleccionado. Refieren diferente repercusión según utilice el diario del fin de semana, o de diario, según utilice los anuncios o una sección fija. Los contenidos que consideran útiles para este medio informativo son: horarios, servicios, prevención, campañas.

Teléfono. El medio de información telefónico es el conjunto de aparatos con los cuales se transmite a distancia la palabra y toda clase de sonidos por acción de la electricidad. Cualquiera de los aparatos para hablar por este sistema.

- Servicio telefónico 24 horas. La prestación de información sanitaria a través de teléfono. Solicitan que el informante sea accesible y cualificado para la información que solicitan: médico, enfermera, especialista, administrativo. Que sea posible contactar telefónicamente con todo tipo de servicios: con el CS, con urgencias y con emergencias. Los diferentes tipos de información

solicitadas a través de este medio incluye: los horarios, la salud, los servicios, los recursos sanitarios de especialistas y los recursos sociales. Para el enfermo y la familia. Facilitar los números de los servicios en tarjeta sanitaria.

Mensajes a móviles. Este medio de comunicación se considera útil y factible para informar a los usuarios recordándoles las citas concertadas con antelación y para informarles de los retrasos o los tiempos de espera, en la hora de entrada a la consulta.

Nuevas tecnologías de la información y de la comunicación: Internet. Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación aparecen entre las conversaciones de los participantes con diferentes funciones y contenidos informativos. Se utilizan en la búsqueda de información sobre:

- La organización y los servicios disponibles. La red adecuada para información específica de cada centro. Solicitan que exista: página de Sacyl, pero también de cada área de salud y de cada CS. Otorgan múltiples posibilidades informativas como saber si va a estar su médico o no.

- La información sobre salud y enfermedad. Entre las utilidades que reconocen a la red está la ampliación y comparación de la información obtenida en el CS así como la búsqueda de información antes de ir a la consulta.

Reuniones, cursos, charlas educativas a la población. Una reunión se define como un conjunto de personas congregadas con algún fin. La charla es más una disertación oral ante un público sin solemnidad ni excesivas preocupaciones formales. Un curso es el estudio sobre una materia desarrollada con unidad. Los participantes se refieren a este tipo de actividades informativas realizadas dependiendo de:

- La organización por el CS, Diputación, Ayuntamientos, Sanidad, Asociaciones (necesidades que no cubre la administración) de reuniones con usuario.

- Los contenidos informativos sugeridos son: prevención, alimentación, enfermedades, funcionamiento sistema sanitario.

- El lugar en el que se desarrolle sea cercano a los usuarios como: en el barrio, en las asociaciones de vecinos, en las asociaciones de enfermos: HTA, DM.

Información directa personal. Es la que se realiza a través del contacto directo entre dos personas. Detallan tres ámbitos ó tipos de personas a las que se solicita y se obtiene información.

En el centro de salud. Los usuarios en CS dependiendo del contenido y el medio de la información que solicitan se dirigen a diferentes profesionales: en el área administrativa: ventanilla a administrativos y atención al paciente, en la consulta: médico, enfermería, otros profesionales (matrona), en la atención en urgencias. Los tipos de información pueden ser orales y escritos.

- Oral. Palabra directa en la consulta siempre: asistencial sobre los diagnósticos, los tratamientos, la organización del EAP, los servicios disponibles, en el área administrativa.

- Escrito: sobre la enfermedad: el diagnóstico, los tratamientos, los resultados de pruebas complementarias como la analítica.

Preguntar a conocidos, familiares, amigos: Comunicación de palabra o "boca a boca" preguntando a amigos, conocidos, familiares (madre) o al escucharles, es una forma de información importante en colectivo de jóvenes.

Asociaciones de enfermos. Se define asociación como un conjunto de asociados para un mismo fin. Asociar es juntarse o reunirse para un fin. Así las asociaciones de enfermos constituyen para los participantes un lugar importante de búsqueda de la información para colectivo de enfermos crónicos. Estos contenidos son aportados mayoritariamente por los grupos de asociaciones, que nos permiten tener otra mirada de las necesidades de información de los usuarios. La información se solicita a:

- Miembros buscan comprensión y apoyo.
- Profesionales colaboradores como: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales.

- Contenidos informativos solicitados mayoritariamente destacan: el cómo preguntar al médico sobre lo que les preocupa: Contenido de la información: el estado de salud, los síntomas, el diagnóstico, el informe por escrito, la evolución, el pronóstico, la esperanza de vida, lo que acompaña a la enfermedad, como paliar la enfermedad, los recursos: asociaciones, apoyo grupal, pensiones, ayuda a domicilio, discapacidades, viviendas tuteladas, pacientes solos sin familia no tienen dónde ir, las formas de ingreso hospitalario: voluntario, involuntario, etc.

Otros informadores o colectivos de profesionales a los que se solicita información sanitaria o de los que se obtiene información.

- Educadores Colegios. Los docentes de las instituciones educativas desarrollan una labor importante de la educación para la salud y para la detección precoz de enfermedades en los niños y a través de ellos a los padres. Debaten sobre la importancia de los contenidos sobre salud transmitidos lo denominan educación informativa, educación para la salud, "crecer sabiendo". También creen que les ayuda a conocer y comprender algunas enfermedades a través de la lectura de cuentos para niños, narración en cuenta cuentos.

- Farmacia. Es el laboratorio o despacho farmacéutico. Farmacología: parte de la ciencia médica que trata de los medicamentos. En las oficinas de farmacia los usuarios solicitan información sobre síntomas y tratamientos que en ocasiones utilizan para el autodiagnóstico y el autotratamiento. En ocasiones se realiza el control medicamentos y la ayuda en la información sobre pauta de administración, efectos secundarios, interacciones, etc.

- Asistente Social. Informa especialmente de recursos y prestaciones.

Idoneidad del lugar y contenido informativo en el CS. Los participantes expresan su opinión sobre la idoneidad de los lugares, los tipos de medio informativo y los contenidos informativos.

- Lugar. Consideran que son más útiles las informaciones en las salas de espera que en los pasillos, en ellas los pacientes permanecen más tiempo que pueden emplear para informarse.

- Tipos. Razonan el interés de los distintos tipos de medios de información para los diferentes contenidos informativos.

- Contenidos. El tipo de información que incluye cada medio informativo.

Idoneidad según la población a la que van dirigidas. Emiten apreciaciones razonadas acerca de las diferentes necesidades informativas de lugar y tiempo según el grupo de edad o colectivo de población a la que vayan dirigidas. Estableciendo diferencias según se trate de niños y jóvenes, de edad media o mayores.

4. Barreras a la información

Barrera. Entendida como obstáculo que cierra el paso a un lugar, en esta ocasión que cierra el paso o dificulta el acceso a la información. En este contexto, las barreras a la información son las dificultades o los obstáculos que encuentran los usuarios en la obtención de información sobre el sistema sanitario. El origen de la barrera se puede encontrar en los usuarios o en el sistema sanitario.

Barreras dependientes del usuario. El usuario es el que usa ordinariamente una cosa. Aplicase al que tiene derecho de usar una cosa ajena con cierta limitación. Persona que utiliza el sistema sanitario. Las barreras a la información que se atribuyen a causas que residen en el usuario son de dos tipos:

- Mala utilización del sistema sanitario. Se refiere al uso inadecuado de las instalaciones o de los servicios del sistema sanitario por los usuarios.

- Normas educación básica. Normas generales de educación y cortesía adecuadas para la convivencia: la espera, el silencio, el respeto a los demás.

- Mal uso de servicios. Se refiere a la utilización inadecuada, por parte de los usuarios de los servicios disponibles especialmente las urgencias y las consultas, cuando no se respetan los pasos o los requisitos establecidos de forma general por el sistema.

- Dificultades de usuarios para solicitar y recibir la información. Dificultad es el inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender algo bien y pronto. En este contexto se refiere a las dificultades que tienen algunos usuarios para solicitar o recoger información general o relacionada con el motivo de consulta cuando acuden enfermos.

- No preguntan. Manifiestan que no se atreven a preguntar al médico por percibirle lejano, frío, distante. En otras ocasiones, las condiciones de desarrollo de la atención (la percepción de saturación por el gran número de personas, el retraso en la atención, la sensación de prisa) transmite la falta de tiempo para preguntar y para responder, retrayendo estas circunstancias de la solicitud de información a algunos usuarios.

- No receptivos a la información. Cuando acuden al sistema sanitario enfermos, reconocen que no tienen la capacidad para retener la información que reciben. Manifiestan que cuando están enfermos se sienten nerviosos, tienen miedo, no lee, no atiende.

Barreras dependientes del sistema sanitario.

Contenido de la información. Definido contenido como el significado de un signo o enunciado, lo que contiene dentro en esta acepción la información. Refieren que la diversidad en la solicitud de información hace que no esté especializada y sea poco eficaz (asistencial, servicios y su acceso, recursos, trámites: bajas, mutua, recetas, derechos y reclamaciones). Señalan las características básicas que deben incluir los contenidos informativos.

Actualizada. Se define como hacer actual una cosa, darle actualidad, tiempo presente. Opinan que el médico debe disponer de toda la información disponible en ese momento. Conscientes de las dificultades reales que eso conlleva solicitan que se realice a través de la formación continuada en contenidos. Consideran que la formación debe ser obligatoria y que incluya los protocolos de diagnóstico y de tratamientos las nuevas enfermedades y también las enfermedades “raras”.

Coordinada. Definido como acción y efecto de coordinar. Coordinar: disponer cosas metódicamente. Concertar medios y esfuerzos, etc. para una acción común. La información que reciben los usuarios del sistema sanitario consideran que debe ser: homogénea, coincidente, concordante, consensuada. Entre todos y cada uno de los profesionales que les informan, ya sean del mismo nivel sanitario de atención (médicos enfermeras, trabajador social, administrativo), o entre niveles asistenciales (AE y AP), entre medios de comunicación y sistema sanitarios o bien con otros organismos relacionados con el servicio sanitario (INSS, papeleos, prestaciones).

Completa. En el diccionario se define como lleno, acabado, perfecto. Se refiere a que la información debe contener todas las posibilidades que existan para esa enfermedad, independientemente de su titularidad (públicos y privados), con el objetivo de llegar a todo el que lo necesita y además no duplicar servicios. La información además debe tener un contenido mínimo exigible de información independientemente del resto de variables que puedan influir.

Comprensible. Que se puede comprender. Comprender: entender, alcanzar o penetrar. El contenido del mensaje que se transmite al usuario debe tener un lenguaje comprensible para él. Manifiestan que si no se comprende el contenido no se produce la comunicación de la información. Expresan que debe tenerse especial precaución con palabras “sensibles o clave”, que no alarmen, que el contenido, el “idioma” se conozca adecuadamente por el receptor.

Forma de la información. La forma definida como el modo o la manera de proceder o hacer una cosa o de comportarse adecuadamente. Cualidades de estilo o modo de expresar las ideas, a diferencia de lo que constituye el fondo sustancial de la obra literaria. Se refieren a las actitudes que rodean el proceso de la información, las percepciones que tienen cuando solicitan información y cuando la reciben. La manera de proceder en el acto informativo resulta inadecuada y representa una barrera o deficiencia en la información resultando ser poco resolutiva, con falta de coordinación, incompleta, etc.

Cómo se dicen las cosas. El cómo es el modo o manera en la que se realiza algo. En el proceso de la información aluden a una percepción negativa cuando solicitan información “parece que molestas si preguntas”, falta de interés por transmitir la información: “no te miran a los ojos” o bien informar

bruscamente. Influye negativamente las condiciones de trabajo el exceso de trabajo es una circunstancia que afectan negativamente al proceso de la información.

Efectos de la información. El efecto secundario, o no deseado, se define como lo que sigue por virtud de una causa, impresión hecha en el ánimo, fin con el que se hace una cosa. En este sentido se refieren a los efectos o consecuencias que se producen cuando la información recibida causa:

- sufrimiento, intranquilidad, en el usuario que comprende o interpreta la información.

- responsabilidad: en ocasiones la información les causa exceso de responsabilidad sobre las decisiones y actitudes que deben adoptar.

Personalizar la información. Definido como dar carácter personal a algo. Personal: perteneciente a la persona o propio o particular de ella. En este contexto la información a cada paciente debe ser personalizada y adaptada en el momento y la forma a las características de los pacientes.

Trato. Es la acción o efecto de tratar o tratarse. Tratar es comunicar, relacionarse. Proceder bien o mal con una persona, de obra o de palabra. Cuidar bien o mal a uno, especialmente en orden a la comida y el vestido, etc. Experiencia o habilidad en la relación social, dificultades en comunicación, relaciones humanas.

Sanitarios a pacientes. Variabilidad personal del profesional que informa. Se define variable como la magnitud que puede tener un valor cualquiera entre los comprendidos en un conjunto. Opinan que entre los factores que influyen en esta variabilidad profesional en el acto informativo están: el tipo de profesional (cómo es, qué edad tiene), el tipo de patología (aguda o crónica) y su gravedad.

Administrativos a pacientes. Variabilidad personal administrativo. Las mismas acepciones pero en relación con el personal no sanitario.

Pacientes hacia los sanitarios. El trato de los pacientes a los sanitarios ha cambiado como consecuencia del cambio en el modelo relación médico-paciente en la sociedad actual.

Formación en el trato a los usuarios para los profesionales. Solicitan que la administración sanitaria desarrolle cursos que perfeccionen las habilidades en la forma y el contenido de la información facilitada a los usuarios.

Accesibilidad. Significa de fácil acceso o trato. Se refiere a las facilidades para el acceso de los usuarios al sistema sanitario. Dependiendo del nivel al que aluden se clasifican en dependientes del área administrativa, AP y AE.

Área administrativa. La zona del centro de salud en el que realiza su trabajo el personal administrativo generalmente se identifica con un mostrador en el que se realiza la atención directa o bien la atención a través del teléfono. En él se atiende a usuarios en el cuidado de sus intereses, es decir las gestiones administrativas: conseguir citas, obtener información recursos, prestaciones, servicios, etc. En las conversaciones se reiteran las dificultades en la accesibilidad en el área administrativa en diferentes ámbitos:

Teléfono. La comunicación telefónica causa de múltiples quejas: “comunica, no contestan, cuelgan...” realizan múltiples propuestas para resolverlo.

Mostrador. La atención personal se ve dificultada por la existencia de largas filas y tiempos de espera para conseguir la atención.

Atención Primaria.

- Listas de espera para consultas de AP en el mismo día. Se definiría como el orden establecido para atender su solicitud de atención en el sistema sanitario. Solicitar consulta y no conseguirla para ese día o al día siguiente se valora negativamente siendo la barrera a la que se alude sistemáticamente en todos los grupos de usuarios.

- Retrasos en la atención en la consulta respecto a la hora de la cita previa. Diferir o posponer la atención sanitaria a la hora concertada previamente. Se percibe negativamente el retraso en sí pero aun más la falta de información sobre los retrasos de entrar a consulta, proponiendo numerosas mejoras en este punto.

- Continuidad en la asistencia sanitaria. Continuar se define como proseguir una cosa empezada, en este caso la asistencia sanitaria, también se define como durar, permanecer, extenderse. En este sentido, que no sea siempre el mismo profesional el que realice la asistencia sanitaria se convierte en una barrera para solicitar y recibir información. La continuidad en la atención por el mismo sanitario expresan que favorece la obtención de información.

- Identificación del sanitario. Solicitan conocer la identidad del sanitario que realiza la atención opinan que no disponer de esta información dificulta la solicitud de información sobre otros contenidos relacionados con la enfermedad o el sistema sanitario.

Atención especializada.

- Listas de espera para consulta especialista. El periodo de tiempo que transcurre desde la solicitud de atención hasta que esta se efectúa. Causa retrasos en la atención que se percibe como una barrera muy importante en el sistema sanitario. Opinan que genera incertidumbre y que agrava el pronóstico de los procesos patológicos por retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento. Consideran un derecho tener información sobre los plazos previsibles o aproximados de atención, como paso previo para poder decidir sobre la elección de otras posibilidades de utilización de otros servicios sanitarios.

- Libre elección especialista. El derecho a la elección del especialista que les atienda, entre los que se oferten.

Información cualificada. Solicitan tener información de sus características personales tanto en aspectos formativos, como en experiencia en ciertas patologías, en forma de comunicación, el tipo de trato a pacientes, etc., para poder elegir al profesional que se adapte a sus necesidades tanto clínicas como de información, en base a algo más que no solo la lista de espera, su horario y su nombre.

Mal uso de consulta privada. Denuncian el mal uso de consulta privada y gestión de la lista de espera por algunos especialistas.

Continuidad asistencial. La falta de continuidad del profesional que realiza la asistencia dificulta la función de información.

Información completa citas de AE. Solicitan que incluya: el día, la hora, el lugar y también el médico que realizará la atención.

Lugar de la información. Definido lugar como el espacio, el sitio o la ocasión, en este contexto sería la ubicación de la información del sistema sanitario de atención primaria. Los participantes opinan que es una barrera, que la información sobre el sistema sanitario este sólo en el sistema sanitario. Para combatirlo proponen trasladar la información llevándola fuera del sistema sanitario, acercándola a los usuarios, y adaptándola a las necesidades y las características de cada tipo de paciente.

Ambiente. Condiciones o circunstancias físicas, sociales, económicas, etc., de un lugar, una colectividad o una época.

Ambiente físico para solicitar información en el sistema sanitario de AP. Se refiere a las condiciones o circunstancias en las consultas y en las salas de espera percibiéndose como barreras informativas:

- El exceso de trabajo, de pacientes por médico.
- Las aglomeraciones de pacientes en sala de espera.
- La prisa médico en consulta puede resultar una barrera para la solicitud y obtención de información para los pacientes.
- Los retrasos las circunstancias en las que se desarrolla la consulta con largos tiempos de espera para entrar en consulta.

Ambiente laboral. El ambiente percibido entre los trabajadores, señalan falta de satisfacción y de reconocimiento social de su labor asistencial tanto por los usuarios como por sus superiores en el servicio de salud.

Tiempo. Definido como la duración de las cosas sujetas a mudanza. Dar tiempo: no apremiar a uno, no apresurar una cosa. Disponer de tiempo suficiente. En nuestro contexto el tiempo que necesitan los pacientes durante el acto médico es fundamental para la comunicación, para la información, para la comprensión de los contenidos y de las consecuencias, así lo especifican en su conversación. Expresan la diferente percepción de la medida del tiempo para los usuarios dependiendo de si están dentro o fuera de la consulta. Expresan la diferente necesidad de tiempo dependiendo de algunas características de los pacientes como su edad.

Tiempo en consulta imprescindible para:

Comunicación médico-paciente. Disponer del suficiente tiempo para comunicarse es decir para preguntar, para escuchar, para contestar y responder. Tiempo necesario para el acto médico que incluya elaborar la historia clínica conocer al paciente y sus circunstancias, conocer el motivo de la atención, realizar las exploraciones necesarias, para reflexionar con los datos recogidos sobre la sospecha o el diagnóstico, para decidir las medidas a tomar y además poder explicar a los pacientes todos estos contenidos teniendo en cuenta sus características y situación en ese momento.

Tipo de profesional y disponibilidad de tiempo. Detectan como en algunas consultas de enfermería la disponibilidad de tiempo es mayor favoreciendo

establecer relaciones de confianza que permitan acceder a todo tipo de información resolviendo dudas y aumentando conocimientos tanto sobre las enfermedades como el sistema sanitario.

Tipo de paciente y tiempo. Manifiestan que el tiempo necesario para la consulta se ve influido también por el tipo de paciente sus características de edad, tipo de patología. Señalan como los mayores necesitan más tiempo, las patologías más graves también precisan disponer de más tiempo de consulta.

Contenido de la consulta o motivo de la atención influye en la utilización del tiempo. Expresan que algunos pacientes acuden a consulta con motivos no médicos, causando retrasos por mal uso del sistema sanitario. Creen que hay pacientes, que van al médico pero no deberían ir.

Exceso de trabajo por médico. Se define el exceso como aquello que excede y pasa más allá de la medida o de la regla. También lo que sale en cualquier línea más allá de los límites de lo ordinario o de lo lícito. La sensación de saturación de las consultas con excesivo número de pacientes por médico siempre que consultan, creen que son parte de la causa, de la falta de tiempo durante el desarrollo de la consulta.

Exceso de burocracia en las consultas limita la disponibilidad de tiempo para la consulta efectiva. La burocracia se define como el conjunto de funciones y tramites destinados a la ejecución de una decisión administrativa, principalmente de carácter político. Así las recetas de tratamientos crónicos, los partes de baja, los informes clínicos, los certificados, se perciben como causa limitante del tiempo dedicado a la consulta clínica efectiva.

El ordenador en la consulta de atención primaria y su relación con el tiempo se percibe de forma ambivalente. Así, por un lado creen que ayuda agilizando parte de los contenidos burocráticos de las consultas, pero por el contrario, describen la existencia de competencia entre el ordenador y los pacientes por el tiempo del médico, siendo el ordenador y su pantalla motivo de distracción de la atención del médico al paciente en el transcurso de la consulta.

Anexo VII. Mapa conceptual de contenidos.

1. Necesidades de información sobre salud y enfermedad.

1.1. Salud y prevención.

Hábitos saludables.

Alimentación.

Nutrición.

Dietas.

Ejercicio.

Actividades preventivas.

Vacunaciones.

Gripe.

Prevención accidentes.

Tráfico.

Domésticos.

Laborales.

Otras

Prevención malformaciones gestación.

Planificación familiar.

Factores de riesgo.

Hábitos perjudiciales.

Tabaco.

Alcohol.

Drogas.

Otros.

Enfermedades de riesgo.

Antecedentes familiares.

1.2. Diagnostico precoz.

Chequeos o revisiones.

Frecuencia.

Tipo.

Individualizado.

Síntomas o signos de alerta.

Cáncer.

Mama.

Piel.

Demencia.

1.3. Primeros auxilios.

Accidentes.

Tráfico.

Domésticos.

Laborales.

Atragantamiento.

Desvanecimientos.

1.4. Enfermedad.

Frecuentes y banales.

Diagnóstico.

Tratamiento.

Manejo.

Tratamiento farmacológico.

Especifica.

Síntomas.

Qué síntomas.

Causas síntomas.

Diagnóstico.

Evolución.

Aguda-crónica.

Complicaciones.

Pronóstico.

Gravedad.

Revisiones y seguimiento.

Frecuencia.

Contenido.

Resultados.

Tratamiento.

Cuidados.

Alimentación.

Hábitos.

Modo de vida.

Recursos complementarios.

Cuidados preventivos.

Cuidados Paliativos.

Tratamiento farmacológico.

Efectos secundarios.

Interacciones.

Retirada fármacos.

Modificaciones tratamientos.

Genéricos.

Opciones tratamiento.

Derivaciones Atención Especializada.

Motivo derivación.

Libre elección especialista.

Listas de espera.

Información cualificada.

Efecto etiqueta.

Información familiar.

Otros recursos disponibles.

Públicos.

Privados.

Enfermedades que preocupan.

2. Necesidades de información sobre servicios sanitarios.

2.1. Organización Atención Primaria.

Servicios disponibles.

Demanda.

Programada.

Urgencias.

 Centro de Salud.

 Urgencias AP.

 Hospital.

 Emergencias.

Domicilio.

Unidades apoyo.

Otros recursos.

Profesionales Atención Primaria.

 Médico.

 Enfermería.

 Pediatría.

 Matrona.

 Otros.

Contenidos o tipos de consultas.

 Actividades preventivas.

 Asistencia por enfermedad.

 Actividad burocrática administrativa.

Otros servicios.

 Analíticas.

 Radiología.

2.2. Accesibilidad AP.

 Área administrativa.

 Mostrador.

 Teléfono.

Modo de acceso a servicios.

 Directamente.

 Remitidos por MAP.

Horarios de servicios disponibles.

Horario de consultas.

Horario de urgencias.

Lugar de la atención.

Dirección.

Teléfono.

Zonificación.

Citas a consulta.

Atención Primaria.

Listas de espera.

Retrasos.

Atención Especializada.

Listas de espera.

Información completa de la cita.

2.3. Prestaciones y otros recursos.

Requisitos necesarios.

Lugar y forma dónde solicitarlos.

Tipos de prestaciones.

Complementos o accesorios.

Otros recursos o servicios socio sanitarios.

2.4. Coordinación de la información.

Entre niveles AP- AE.

Entre profesionales.

2.5. Otros trámites y papeleos.

Tarjeta sanitaria.

Renovación automática.

Beneficiarios.

En extranjero.

Desplazados.

Derechos y deberes usuarios.

Libre elección de médico.

AP.

AE.

Cambio de médico.

Directamente por la administración sanitaria.

Solicitados por paciente.

- Procedimiento.
- Información sobre sanitarios.
 - Cualificada.
 - Nominal.
- Derechos asistenciales.
 - Servicios.
 - Plazos.
- Reclamaciones y quejas.
 - Procedimiento.
 - Efecto de la contestación.

3. Medios de información.

3.1. Escritos.

Guía.

- Guía información servicios y organización.
 - Recursos asistenciales.
 - Localización.
 - Dirección.
 - Teléfonos.
 - Horarios.
 - Zonificación.
 - Preguntas frecuentes.
 - Listados médicos.
 - AP.
 - AE.

Otras guías.

- Enfermedades.
- Deberes y derechos usuarios.
- Hábitos saludables.

Carteles informativos.

- Carteles enfermedades.
- Carteles asociaciones.
- Campañas.
- Hábitos saludables.

Tablón anuncios actividades en CS.

Directorio.

Paneles informativos entrada CS.

Profesionales.

Servicios.

Horarios.

Localización de consultas.

Paneles informativos en puertas servicios y profesional.

Folletos.

Servicios y organización del CS.

Enfermedades.

Actividades preventivas.

Correo.

Postal.

Carta.

Personalizada.

Edad y sexo.

Diagnósticos.

Revisiones programadas crónicas.

Buzoneo.

Organización y servicios.

Marketing CS.

Actividades preventivas.

Cuidados de salud.

Electrónico.

Otros.

Libros salud.

Prensa sanitaria.

Periódico de la farmacia.

Diario médico.

Cuentos para niños.

3.2. Medios de comunicación.

Televisión.

Nacional.

Anuncios.

- Noticias.
- Programas.
- Local.
 - Programas.
- Radio.
- Prensa escrita.
 - Tipo.
 - Fin de semana.
 - Anuncios.
 - Contenidos.
 - Horarios, servicios.
 - Prevención, campañas.
- Teléfono.
 - Servicio telefónico 24 horas.
 - Servicios.
 - CS.
 - Urgencias.
 - Emergencias.
 - Tipo de información.
 - Horarios.
 - Salud.
 - Servicios.
 - Recursos sanitarios especialistas.
 - Recursos sociales.
 - Mensajes a móviles.
 - Recordatorios de citas.
 - Información retrasos o tiempos de espera CS.
- Internet.
 - Información servicio sanitario.
 - Organización y servicios disponibles.
 - Cada área de salud.
 - Cada CS.
 - Información salud y enfermedad.
 - Amplían y compara información del CS.
 - Buscan información antes de ir a consulta.

3.3. Reuniones, cursos, charlas.

Organizador.

CS.

Diputación.

Asociaciones.

Sanidad.

Contenidos.

Prevención.

Alimentación.

Enfermedades.

Sistema sanitario.

Lugar.

Barrio, asociaciones vecinos, asociaciones enfermos.

3.4. Información directa personal.

CS.

Área administrativa.

Consulta.

Urgencias.

Oral.

Asistencial.

Diagnósticos.

Tratamientos.

Organización EAP.

Servicios disponibles.

Escrita.

Diagnóstico.

Tratamientos.

Resultados de pruebas.

Familiares, conocidos, amigos.

Asociaciones enfermos crónicos.

Miembros.

Comprensión apoyo.

Colaboradores.

Psicólogos.

Psiquiatras.

Trabajadores sociales.

Contenidos informativos.

Como preguntar al médico.

Otros recursos.

Otros.

Educadores colegios.

Farmacia.

Asistente social.

3.5. Idoneidad del lugar y contenidos informativos en CS.

Lugar.

Sala espera.

Pasillos.

Tipos.

Carteles.

Revistas.

Trípticos y Folletos.

Pantallas audiovisuales.

Contenidos.

Salud.

Enfermedad.

Asociaciones enfermos.

Servicios CS.

Campañas de prevención.

Campañas de vacunación.

Organización atención.

3.6. Idoneidad según población a la que van dirigidos.

Niños y jóvenes.

Lugar.

Centros escolares, colegios.

Tipos.

Nuevas tecnologías.

Edad media.

Lugar.

Empresas centros de trabajo.

Consulta médico.

Tipos.

Guía.

Mayores.

Lugar.

CS.

Domicilio.

Tipos.

Papel, escritos.

4. Barreras a la información del sistema sanitario de atención primaria.

4.1. Dependientes del usuario.

Mala utilización del sistema sanitario.

Normas básicas educación.

Mal uso de servicios sanitarios.

Dificultades de usuarios para solicitar y recibir información.

No preguntan.

No receptivos a la información.

4.2. Dependientes del sistema sanitario.

Contenido de la información.

Actualizada.

Formación continuada en contenidos.

Sanitarios.

No sanitarios.

Coordinada.

Entre profesionales AP.

Entre AP y AE.

Entre medios de información y sistema sanitario.

Entre otros organismos y sistema sanitario.

Completa.

Comprensible.

Forma de la información.

Cómo se dicen las cosas.

Efecto de la información en el paciente.

Personalizar la información a cada paciente.

Trato.

Sanitarios a pacientes.

Variabilidad personal profesional.

Sanitarios que favorecen información.

Sanitarios que dificultan la información.

Factores que influyen.

Tipo de médico.

Tipo de patología.

Administrativos a pacientes.

Variabilidad personal.

Pacientes a Sanitarios.

Cambio en el modelo de relación médico paciente.

Formación para profesionales en el trato al usuario.

Habilidades comunicación.

Forma de informar.

Accesibilidad.

Área administrativa.

Teléfono.

Mostrador.

Atención primaria.

Listas de espera.

Retrasos en la atención.

Continuidad asistencial.

Identificación del profesional.

Atención especializada.

Listas de espera.

Libre elección especialista.

Información cualificada.

Mal uso gestión consulta privada y listas de espera.

Continuidad asistencial.

Información completa de las citas.

Lugar de la información.

La información sólo en sistema sanitario.

Ambiente.

Ambiente físico.

En consulta.

Prisa médico.

Exceso paciente por médico.

En sala de espera.

Aglomeraciones pacientes en sala espera.

Retrasos para entrar en consulta.

Ambiente laboral.

Falta satisfacción personal y laboral.

Tiempo.

Imprescindible.

Comunicación médico-paciente, acto médico.

Historia clínica.

Informar de todo.

Tipo de profesional y disponibilidad de tiempo.

Enfermería dispone de más tiempo.

Tipo de paciente.

Mayores necesitan más tiempo.

Contenido de consulta o motivo de atención.

Exceso de trabajo.

Volumen de pacientes por médico.

Exceso de burocracia.

Ordenador.

Ayuda en burocracia.

Competencia con el paciente por el tiempo del médico.

